



ژلوفن

بیماری‌های گوارش

ویرایش ۱۴۰۰



کپی کردن کتاب مصداق عینی دزدی است؛
استفاده از فایل کتاب مصداق عینی دزدی است؛
شما دزد نیستید!
پس کتاب را کپی نکنید، از فایل‌های غیرقانونی استفاده نکنید
و سارقین مجازی را معرفی کنید تا جامعه سالم بماند.

مؤلف: فرشاد تنگسیری

مدیریت تدوین: دکتر صادق شفائی، دکتر سارا آریان

مؤسسه آموزشی دانش‌آموختگان تهران

انتشارات طبیبانه

۱۴۰۰



سرشناسه : فرشاد، تنگسیری، ۱۳۷۶ -

عنوان و نام پدیدآور : ژلوفن بیماری‌های گوارش/مؤلف فرشاد تنگسیری ؛ مدیریت تدوین صادق شفاپی، سارا آریان ؛ [برای] موسسه آموزشی دانش‌آموختگان تهران.

مشخصات نشر : تهران: طبیبانه، ۱۴۰۰.

مشخصات ظاهری : ۷۸ ص.: مصور، جدول، نمودار ؛ ۲۲ × ۲۹ س.م.

فروست : ژلوفن.

شابک : ۹۷۸-۶۲۲-۷۵۰۵-۶۹-۶ :

وضعیت فهرست‌نویسی: فیپا

یادداشت : کتابنامه.

موضوع : گوارش -- اندام‌ها -- بیماری‌ها -- راهنمای آموزشی (عالی)

شناسه افزوده : شفاپی، صادق، ۱۳۶۷ -

شناسه افزوده : آریان، سارا، ۱۳۷۲ -

شناسه افزوده : موسسه آموزشی دانش‌آموختگان تهران

رده بندی کنگره : ۱۳۹۸ گک۹/ک۹/۱/۸۸۸

رده بندی دیویی : ۶۱۶/۳۰۷۶ :

شماره کتابشناسی ملی: ۵۶۶۲۱۲۱

نشر
طبیبانه



ژلوفن بیماری‌های گوارش

مؤلف: فرشاد تنگسیری

ناشر: طبیبانه

چاپ: مجتبع چاپ و نشر پیشگامان

مدیر تولید محتوا و صفحه‌آرایی: فاطمه عموتقی

صفحه‌آرا: دیارتمان تولید محتوای پیشگامان

طراح جلد: آذین کریمی

نوبت چاپ: اول ۱۴۰۰

شمارگان: ۱۰۰۰ جلد

قیمت: ۶۰۰۰ تومان

قیمت در بسته ماژور: ۴۶۰۰۰ تومان

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۷۵۰۵-۶۹-۶

شابک دوره: ۹۷۸-۶۲۲-۷۵۰۵-۶۸-۹

مرکز پخش: تهران، میدان انقلاب، خیابان کارگر جنوبی، بعد از خیابان روانمهر، بن‌بست سرود، پلاک ۲، واحد همکف

تلفن: ۰۹۳۵۳۵۸۰۳۳۱ / ۰۲۱ ۶۶۴۰۶۱۷۰ -

وب سایت: edutums.ir

راهنمای استعمال ژلوفن

دوباره سلام!

🕒 چرا دوباره؟ یادت میار علوم پایه داشتی و با سیب سبز کپل شده بودی؟ روز آفر که قبول شدی و داشتی می رفتی بت گفتیم برو دوباره میایم سراغت! الوعه وفا! اومدیم تا سر امتحان پره انترنی اون ۴ تا موی باقی مونده تو هم بریزیم و به عنوان یه

complete kachal بفرستیمت دوره ی اینترنی 🙌

🕒 ژلوفن چیه دقیقاً؟ آله بفوام فیلی دقیق بگم میشه «سیب سبز پره انترنی». یعنی یه کتاب «آموزش مبتنی بر تست دروس بالینی جهت آمادگی امتحان پره انترنی».

🕒 تفاوت ژلوفن با مابقی منابع چیه؟ در مورد منابع دیگه نظری نداریم ولی ژلوفن با این ویژگی ها اومده:

۱- مفتوای آموزشی بر اساس رفرنس های جدید

۲- منبع مناسب تست زنی بر اساس آزمون های کشوری برگزار شده

۳- آموزش منظم و طبقه بندی شده ی مباحث

۴- تعیین اهمیت مباحث و انتقاب مهم بر اساس میزان اهمیت

۵- برنامه ریزی و مشاوره ی آموزشی دائم 📅

🕒 ژلوفن چه جور تالیف شده؟ اینجوری 📖

اول از همه، سوالای تمام ادوار پره انترنی از کشوری گرفته تا قطبی (از سال ۹۳) رو جمع و دسته بندی کردیم، ریز به ریز مشفص کردیم که توی هر درس، هر مبحث چند سوال داره و بعرض اون مبحث رو با چندتا تست نمونه، چوری تدریس کردیم که تمام سوالا رو جواب بده. به عنوان مثال مبحث IBD توی گوارش ۴۰ تا تست داشته، باکمک ۸ تا تست مبحث رو چوری تدریس کردیم که هر ۴۰ تا سوالش رو بتونی جواب بدی 🙌

🕒 مابقی سوالا کجا رفتن؟ آله می فواستیم همه ی سوالا رو بیاریم مهم کتاب چند برابر می شد بدون اینکه هیچ نکته ی آموزشی جدیدی بفونی. پس تموم سوالای هر درس با تعیین قطب مربوطه و طبقه بندی کامل و جواب کلیدی رو گذاشتیم توی یه کتاب تست تمرینی داخل اپلیکیشن طبیبانه و می تونی بری اونجا هرقد که دلت فواست تست بزنی! آله وقتت کمه هیچ الزامی نیست که بری به اپلیکیشن. اصل کاری تسلط به مفتوای آموزشیه که توی ژلوفن انجام شده. تست تمرینی میشه مکمل کاری 📖

🕒 ژلوفن بر اساس ۱۲۴ امتحان قطبی و کشوری تالیف شده؛ پس خیالت راحت که هم به سوالای قطب خودت و هم کشوریا مسلط

میشی. 👫

🕒 اول هر مبحث یه «جدول معرفی مبحث» گذاشتیم که توش تعداد سوالای کشوری اون مبحث و اهمیتش رو نوشته. اهمیت مبحث بر

اساس تعداد سؤالات ادوار افیر، تعداد سؤالات کشوری، مهم مبحث و میزان بازدهی مبحث از نظر سفتی و آسونی سؤالات تعیین شده.

با کمک جدول اهمیت مبحث می‌تونن تصمیم‌گیری کجاها بیشتر وقت بزاری، یعنی همون مباحث خیلی مهم و اگر وقت کم بود، کجاها رو زودتر ازش رد بشی مثل مباحث غیرمهم.

🕒 مهم ژلوفن جوړیه که میشه به عنوان یه منبع واسه امتحانات پایان بخش هم بهش نگاه کرد. توی پره هم می‌تونه بهت کمک کنه که از پاس تا رتبه رو باهاش بپاری! اما در هر صورت همیشه باید زرنگی، رقیبا، فراموشی، نقایص مفتوایی احتمالی و تعداد کم سؤالی جریده هر ترم رو هم در نظر بگیری. واسه منبع مرور و آزمون دادن هم یه فکرای بگری کردیم که همه دارن انجام میشن و به وقتش اطلاع‌سانی میشن. بسته‌ی آمادگی برای امتحان کتابش اومده بقیه‌شم داره تکمیل میشه 🎬

🕒 مطمئناً کار ما هنوز ایرادای زیادی داره که فقط با کمک شما بهتر میشه. پس بی‌تعارف منتظر فیدبکت هستیم. خیلی خیلی ممنون میشیم اگه هر ایرادی توی هر زمینه‌ای می‌بینی بگی 🗣️

🕒 با فرید کتاب ژلوفن بازم خرافاظی نمی‌کنیم. ما تا ابر عفو خانواده‌ی دانشجویان پزشکی ایم! پس با هم هستیم و واسه ارتقای آموزش پزشکی به همدیگه کمک می‌کنیم. یادت باشه واسه پره هم یه بخش مهمی از کارمون توی کانال تلگرامه و تا روز آخر با همیم! روز آخر پره نه! روز آخر پزشکی. اصن مگه پزشکی آخرم داره؟! 🎓

@pre_interni

👉 کانال مشاوره‌ی آموزشی پره‌انترنی

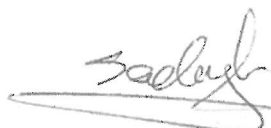
@edutums

👉 اکانت فرید محصولات

@pre_interni_admin

👉 فیدبک و اعلام همکاری

مالا برو سر درست. ببینیم چقد می‌ترکونی!


دکتر صادق شنائی
نظام پزشکی
۱۵۰۵۶۳

دکتر سارا آریان
نظام پزشکی
۱۸۳۲۰۸

فهرست مطالب

۷.....	اسهال
۱۴.....	یبوست
۱۶.....	خونریزی گوارشی
۲۲.....	اندوسکوپي و کولونوسکوپي و سرطان‌های گوارشی
۲۶.....	بیماری‌های مری
۳۱.....	زخم پپتیک و هلیکوباکتریلوری
۳۶.....	گاسترینوما و زولینجر الیسون
۳۷.....	اختلالات جذب
۴۰.....	بیماری‌های التهاب روده
۴۵.....	سندرم روده‌ی تحریک پذیر
۴۷.....	کاهش وزن غیر ارادی
۴۸.....	ارزیابی کارکرد کبد و تشخیص
۵۳.....	هایپر بیلی روبینمیا
۵۶.....	هپاتیت‌های ویروسی
۶۴.....	سیروز کبدی و عوارض آن
۷۰.....	کیسه صفرا و مجاری صفراوی
۷۴.....	بیماری‌های پانکراس

@tabadol_jozveh_pezeshki



عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
اسهال	معم	۲

۱ بیمار خانم ۲۰ ساله با درد و تندرns RUQ شکم همراه با اسهال از حدود ۶ هفته قبل مراجعه کرده است. با توجه به طبقه‌بندی زمانی اسهال کدام مورد صحیح است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۳ - قطب تبریز)

- ☐ اسهال حاد ☐ اسهال مزمن
☐ اسهال پایدار ☐ اسهال ترشچی

اسهال یعنی چی؟ خروج مدفوع شل یا آبکی همراه با افزایش دفعات اجابت مزاج. البته به وزن مدفوع بیش از ۲۰۰ گرم در روز هم اسهال گفته میشه. ولی این مال کشوری غریبه. من خودم از توالت برمی‌گرم می‌تونم سه وزن پایین‌تر کشتی بگیرم (🤔)

اسهال از نظر زمان به سه دسته تقسیم میشه:

🕒 اسهال حاد < کمتر از ۲ هفته

🕒 اسهال پایدار < بین ۲ تا ۴ هفته

🕒 اسهال مزمن > بیش از ۴ هفته

اسهال حاد

علل اسهال حاد: بیش از ۹۰٪ موارد عفونیه و اغلب با استفراغ، تب و درد شکمی همراهه. کمتر از ۱۰٪ موارد به دلیل دارو، سم، ایسکمی، غذای خاص یا اختلالات دیگه. جدول رو ببین!

۲ آقای ۲۵yr / استفراغ و اسهال غیر خونی و آبکی و درد اپی‌گاستر از دیروز / معاینه نرمال / محتمل‌ترین تشخیص؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۵ - قطب آزاد)

☐ کرون ☐ اسهال اسموتیک
☐ VIPoma ☐ اسهال ناشی از Saureus

علت اسهال حاد	مثال	ویژگی‌های اسهال
عفونت ترشچی	عفونت ویروسی و توکسین باکتریایی مثل: استاف اورئوس، کلستریدیوم پرفرنجس، E.coli توکسیژنیک و...	آبکی / بدون خون و چرک و موکوس
عفونت التهابی	کلونیزاسیون یا تهاجم به مخاط روده مثل: سالمونلای غیرتیفوئیدی، شیگلا، یرسینیا، کمپیلوباکتر، E.coli انتروپاتوژنیک، انتاموبا هیستولیتیکا	شل تا آبکی / اغلب همراه با خون، چرک یا موکوس
اسهال ناشی از دارو	آنتی‌اسیدهای حاوی منیزیم، آنتی‌بیوتیک‌ها، داروهای ضد نئوپلاسم، مسهل‌ها و خیلای دیگه!	شل تا آبکی

پروچ به بیماران با اسهال حاد:

اغلب دوره‌های اسهال حاد خودبخود خوب میشن و اصلاً نیازی به ارزیابی نیست، اما در موارد خاصی نیاز به ارزیابی بیشتر هست (اندیکاسیون ارزیابی داره) شامل موارد زیر 🕒

- اسهال شدید همراه با دهیدراسیون 🕒
- درد شدید شکمی در بیمار بالای ۵۰ سال 🕒
- مدت بیش از دو روز بدون بهبودی 🕒
- بیمار دارای ضعف ایمنی 🕒
- افزایش wbc در مدفوع. 🕒
- تب ۳۸٫۵ درجه یا بیشتر 🕒
- اسهال خونی 🕒
- مصرف اخیر آنتی‌بیوتیک 🕒
- سن بالای ۷۰ سال 🕒
- موارد همه‌گیری جدید 🕒

۳ کدام یک از موارد اسهال حاد زیر نیازی به بررسی بیشتر ندارد؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۴ - قطب تهران)

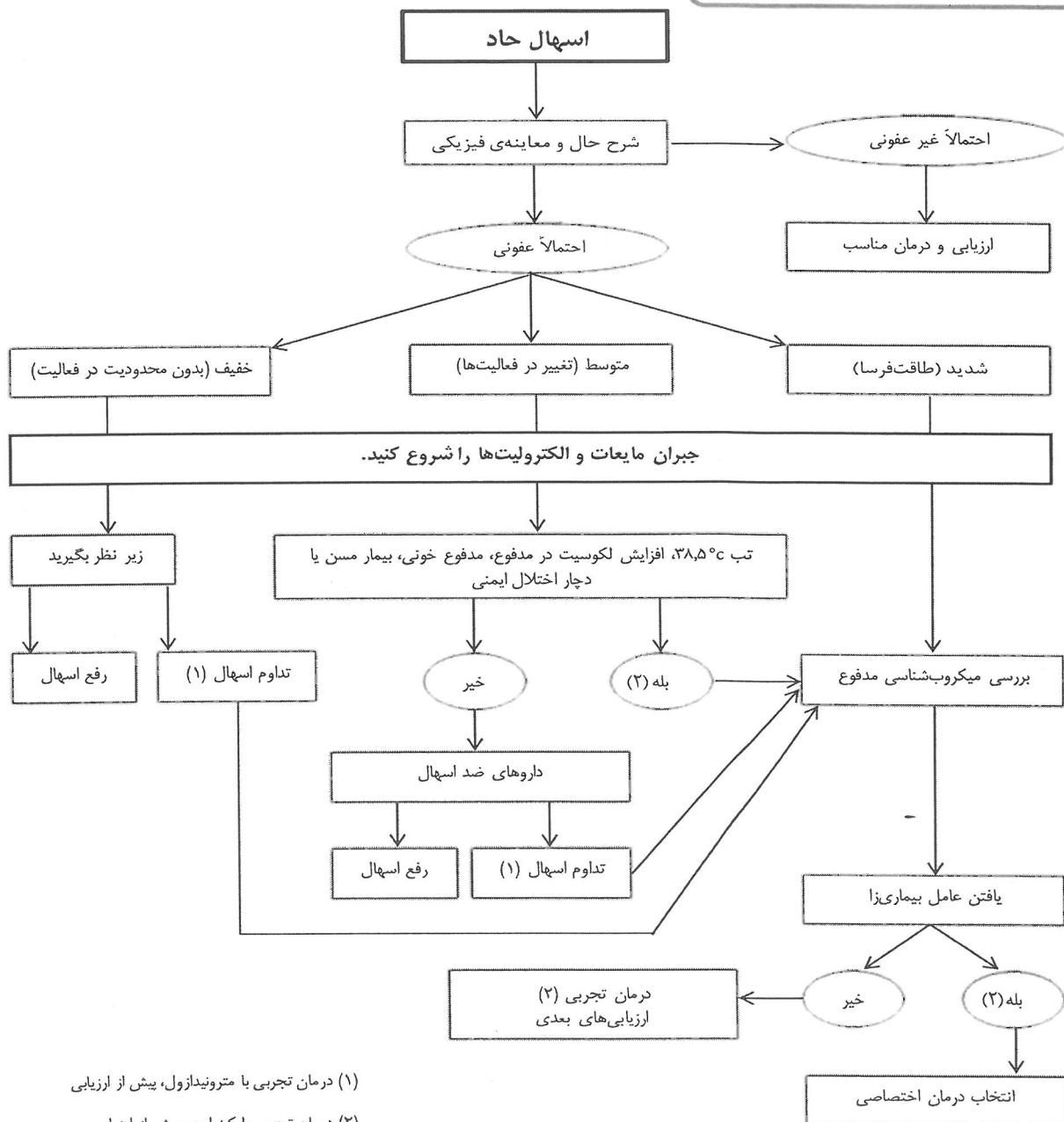
☐ خانم ۴۰ ساله با درد شکم و درجه حرارت ۳۸٫۷
☐ آقای ۸۰ ساله با اسهال آبکی و درجه حرارت ۳۷٫۰
☐ آقای ۳۰ ساله با اسهال خونی و درجه حرارت ۳۷٫۲
☐ خانم ۲۰ ساله با اسهال آبکی و درجه حرارت ۳۷٫۵

سؤال	۱	۲	۳
پاسخ	ب	د	د

پس از هرکاری برای بیماری که اندیکاسیون ارزیابی داره چه کنیم؟ «اصلاح آب و الکترولیت‌ها و هیدراتاسیون بیمار». واضحه که اول باید مایعاتی که بیمار از دست داده جبران کنی. بعد از این اگه بیمار خوب شد که می‌فرستی بره دنبال زندگیش ولی اگه همچنان اسهال ادامه داشت، با توجه به این الگوریتم خیلی مهم بهش اپروچ می‌کنیم. پایین واست توضیح میدم

۴ جوان ۲۴ ساله / استفراغ و اسهال آبکی شدید
پس از صرف ناهار در یک رستوران دچار استفراغ
شدید / درد مختصر شکم / تب ۳۷٫۸ / دهیدراسیون
خفیف. مناسب‌ترین اقدام جهت بیمار کدام
است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۳ - قطب اهواز)

الف) بررسی میکروب‌شناسی مدفوع
ب) اصلاح آب و الکترولیت
ج) سیپروفلوکساسین خوراکی ۵۰۰ mg دو بار در روز
د) مترونیدازول خوراکی ۲۵۰ mg چهار بار در روز



(۱) درمان تجربی با مترونیدازول، پیش از ارزیابی

(۲) درمان تجربی با کینولون، پیش از ارزیابی

سؤال	۴
پاسخ	ب



۵ خانم ۷۰ ساله / اسهال آبکی و غیر خونی از ۲ هفته قبل / سابقه‌ی فارنزیت ۱ ماه پیش و درمان با آموکسی سیلین / دهیدره نیست / CBC، BUN و کراتینین نرمال / RBC و WBC فراوان در مدفوع. بهترین درمان کدام است؟ (پره‌اترنی شهریور ۹۵ - قطب کرمان)

ا) مترونیدازول
ب) وانکومايسين
ج) سیپروفلوکساسین
د) لوپرامید

پاسخ: اپروچ به اسهال حاد خفیف

ابتدا بیمار رو به آب می‌بندیم تا هیدراته بشه. در صورت تداوم اسهال دو کار می‌کنیم:

درمان تجربی با مترونیدازول

بررسی وضعیت میکروبیولوژیک مدفوع

اسهال این مامان بزرگ تو یه نگاه، به نظر اسهال خفیفی میاد که به مایع درمانی ساده جواب نداده و حالا باید براش آزمایش مدفوع بگیریم و درمان تجربی با مترونیدازول شروع کنیم؛ اما به مصرف آنتی‌بیوتیک و وجود RBC و WBC تو مدفوعش دقت کن: در هر اسهال حادی با شرح حال مصرف اخیر آنتی‌بیوتیک مثل آمپی‌سیلین، کلیندامایسین و سفالوسپورین باید به اسهال کلستریدیوم دیفیسیلی یا همون کولیت سودوممبران شک کنیم.

درمان اسهال کلستریدیوم دیفیسیلی ☞ قطع مصرف آنتی‌بیوتیک فعلی و تجویز مترونیدازول یا وانکومايسين خوراکی.

اپروچ به اسهال حاد متوسط

پاسخ: ابتدا بیمار رو به آب می‌بندیم تا هیدراته بشه.

اگر بیمار ریسک فاکتور نداشته باشد داروهای ضد اسهال مثل لوپرامید و دیفنوکسیلات تجویز می‌کنیم و در صورت تداوم اسهال دو کار می‌کنیم.

درمان تجربی با مترونیدازول

بررسی وضعیت میکروبیولوژیک مدفوع

پس اپروچ اسهال متوسط بدون ریسک فاکتور میشه اپروچ اسهال خفیف + ضد اسهال. ریسک فاکتورها چی هستن؟ تب بیشتر و مساوی ۳۸٫۵، مدفوع خونی، افزایش WBC مدفوع، سن بالا، نقص ایمنی. اینارو با اندیکاسیونای بررسی اسهال که قبلاً گفتم اشتباه نگیری.

داروهای ضد اسهال مثل لوپرامید را در اسهال نسبتاً شدید غیر تبار و غیرخونی میشه تجویز کرد. ولی این داروها نباید در دیسانتری تبار تجویز شن چون می‌تونن باعث بدتر شدن اسهال و تداومش بشن. چرا؟ چون دیسانتری تبار علت عفونی داره و باید با آنتی‌بیوتیک درمان بشه، اگه به بیمار لوپرامید بدم اسهال مهار بشه، عوامل پاتوژن توی روده می‌مونن و عروسی می‌گیرن!

بنابراین توی اسهال متوسط با ریسک فاکتور ضداسهال نمیدیم و صبر هم نمی‌کنیم. هم‌زمان با هیدراتاسیون، بررسی میکروبیولوژیک انجام میدیم و طبق جواب؛ آنتی‌بیوتیک‌تراپی اختصاصی یا تجربی با یک کینولون مثل سیپروفلوکساسین می‌کنیم.

یعنی برای پدر بزرگ ما دال میشه جواب؟ نه:

کچ بسیاری از پزشکان برای درمان دیسانتری تبار در بیمارانی که به طور متوسط یا شدیداً بدحال هستند، بدون ارزیابی تشخیصی و به صورت تجربی، یک کینولون



سؤال	۵	۶	
پاسخ	الف	د	

مثل سیپروفلوکساسین (۵۰۰ میلی گرم دو بار در روز به مدت سه تا پنج روز) و یا مترونیدازول (۲۵۰ میلی گرم چهار بار در روز به مدت هفت روز) را تجویز می کنند. که در تمام مواردی که بررسی میکروبیولوژیک انجام می دهیم، در صورت یافتن عامل بیماری زه، ادامه ی درمان با آنتی بیوتیک اختصاصی آن خواهد بود و در صورت نیافتن عامل بیماری زه، آنتی بیوتیک تجربی را ادامه می دهیم.

اپروچ به اسهال حاد شدید

ابتدا بیمار رو به آب می بندیم تا هیدراته بشه بعد بدون معطلی یک کار انجام میدیم ➡ بررسی میکروبیولوژیک مدفوع:

✋ اگر عامل اسهال پیدا شد درمان آنتی بیوتیکی اختصاصی میدیم.

✋ اگر هم پیدا نشد مثل قبل سیپروفلوکساسین میدیم و بقیه بررسی ها رو انجام میدیم.

📌 یکی از دلایل غیر عفونی ای که اسهال می ده، سندرم دامپینگه. پاتولوژیش تخلیه ی زودهنگام مواد غذایی هایپراسمولار به دوازدهست که معمولاً به دنبال جراحی هایی مثل بای پس معده یا بیلروت (جهت درمان چاقی یا بیماری زخم پپتیک) ایجاد میشه. مثل این خانم که جراحی معده داشته و حالا بعد از هر وعده ی غذا احساس پری سر دل، درد، تهوع، استفراغ، اسهال غیر خونی، تعریق، فلاشینگ صورت و افت فشار در فاصله سی دقیقه تا دو ساعت بعد از غذا داره. یادت باشه یکی از ویژگی های سؤال خیز سندرم دامپینگ هایپرانسولینمیه که به خاطر تخلیه ی سریع مواد به دوازدهه و افزایش ناگهانی قند خون بعد از دو سه ساعت از غذا ایجاد میشه که در نهایت باعث افت قند خون میشه.

به این خانم توصیه می کنیم که برای بهبود علائمش وعده های غذایی کم حجم با تعداد زیاد و داروهای ضد اسهال مثل لوپرامید استفاده کنه. ولی مصرف کربوهیدرات های ساده به علت هایپراسمولاریتی سبب کشیده شدن آب بیشتری به درون لومن روده و بدتر شدن اسهال میشه. شد ب!

📌 پشت سر هر مسمومیت غذایی موفق یک پاتوژن موفق تره! ☹️ شایع ترینش رو ببین

🍷 مرغ آلوده ➡ سالمونلا، شیگلا، کمپیلوباکتر

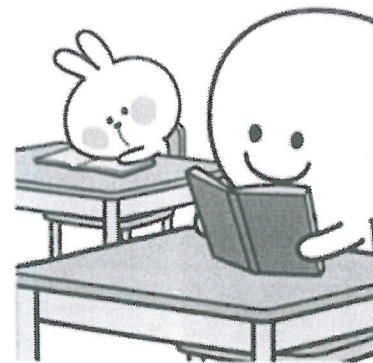
🍷 تخم مرغ ➡ سالمونلا

🍷 خامه و مایونز ➡ استاف اورئوس، سالمونلا

🍷 غذاهای دریایی ➡ ویبریو، سالمونلا، هپاتیت A

🍷 غذاهای خام یا پنیر ➡ لیستریا

🍷 برنج و غذای دوباره گرم شده ➡ باسیلوس سرئوس



۷ خانم ۵۰ ساله ای که به علت انسداد خروجی

معده ناشی از زخم پپتیک مزمن تحت عمل جراحی بیلروت II قرار گرفته است. به دلیل درد شکمی، اسهال، تعریق و طپش قلب ۳۰ دقیقه بعد از غذا خوردن مراجعه می کند. همه ی اقدامات زیر برای بیمار کمک کننده است است، بجز:

(پره انترنی اسفند ۹۴ - قطب شمال)

الف وعده های غذایی با حجم کم و دفعات زیاد

ب مصرف بیشتر کربوهیدرات های ساده

ج مصرف کمتر مایعات همراه با غذا

د مصرف ترکیبات ضد اسهال

۸ تمام اعضای یک خانواده دو ساعت پس از مصرف

یک خامه ای دچار استفراغ و اسهال آبکی بدون خون شده اند. محتمل ترین علت ایجاد این مشکل چیست؟ (پره انترنی اسفند ۹۴ - قطب تهران)

الف استاف اورئوس

ب باسیلوس سرئوس

ج شیگلا

د ویبریوکلرا

سؤال	۷	۸
پاسخ	ب	الف



اینجا هم ی‌دونه استاف به تنهایی مراسم تولد رو تعطیل کرد ^{۱۱} سالمونلا هم آدم رو یاد اون ورزشکاره می‌ندازه که همه جا بود و سلفی می‌گرفت! ^{۱۲} اسهال مسافران نوعی اسهال عفونی‌ه که با توجه به پاتوژن گناهکار ممکنه آبکی یا خونی باشه.

اگر آبکی بود ^{۱۳} ای کلای انتروتوکسیژنیکه شایع‌ترین عاملشه.

اگر خونی بود ^{۱۴} کمپیلوباکتر و سالمونلا شایع‌ترین عاملان.

میگن ژیا‌ردیا هم عامل اصلی اسهال مسافران تو روسیه است. جا داره یه سلامیم بکنیم به اونی که سینگل رفت جام‌جهانی روسیه و با ژیا‌ردیا برگشت ^{۱۵} سلام مُسهل ژیا‌ردیای ^{۱۶}

^{۱۷} ^{۱۸} چهار دسته از بیماران باید قبل از سفر به کشورهای پرخطر برای جلوگیری از ابتلا به اسهال مسافرین آنتی‌بیوتیک پروفیلاکتیک مثل سیپروفلوکساسین، آزیترومایسین و یا ریفاکسیمین مصرف کنند ^{۱۹}

^{۲۰} نقص ایمنی

^{۲۱} بیماری التهابی روده

^{۲۲} هموکروماتوز

^{۲۳} آکلردی معده

اسهال مزمن

^{۲۴} علل اسهال مزمن: اسهال مزمن برخلاف اسهال حاد، اکثراً دلایل غیرعفونی داره. چهار نوع اسهال مزمن داریم ^{۲۵}

(۱) اسهال ترش‌چی ^{۲۶} اسهالی آبکی، حجیم و بدون درد شکمه که با ناشتا بودن همچنان باقی می‌مونه و اُسْمُتیک گپ نرمال داره. علل اسهال ترش‌چی ^{۲۷} دارو یا توکسین: داروهای مسهل (بیزاکودیل، روغن کرچک)، مصرف مزمن اتانول، توکسین‌هایی مثل آرسنیک

^{۲۸} بیماری‌های گوارشی مثل رزکسیون روده، بیماری‌های مخاطی روده و فیستول‌ها؛ به دنبال درگیری ترمینال ایلئوم مثلاً در کرون یا پس از رزکسیون روده، اسیدهای صفراوی جذب نمیشن و وارد کولون میشن که باعث اسهال ترش‌چی میشه.

^{۲۹} هورمون‌ها: تومور کارسینوئید، VIPoma، گاسترینوما، کارسینوم مدولاری

تیروئید، ماستوسیتوز سیستمیک، ویلوس آدنوما.

^{۳۰} فردی مقصد سفر به مناطق آلوده از نظر عفونت‌های روده‌ای با احتمال زیاد بروز اسهال را دارد. در کدام گروه زیر نیاز به پروفیلاکسی با آنتی‌بیوتیک می‌باشد؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۵ - قطب مشهد)

^{۳۱} بیماران مبتلا به بیماری التهابی روده

^{۳۲} زنان باردار

^{۳۳} افراد مسن بالاتر از ۷۰ سال

^{۳۴} سنگ‌های صفراوی

^{۳۵} اسهال ترش‌چی در کدام یک از موارد زیر مکانیسم اصلی ایجاد اسهال است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۵ - قطب همدان)

^{۳۶} بیماری سلیاک

^{۳۷} بیماری ویبل

^{۳۸} تومور VIPoma

^{۳۹} پانکراتیت مزمن

سؤال	۹	۱۰		
پاسخ	الف	ج		

۲) اسهال اُسْمُتیک ☞ وقتی یه ماده‌ای که از نظر اسمزی فعاله خوردی که آب رو اونقد به داخل لومن روده می‌کشه تا اسهال ایجاد شه. معمولاً اُسْمُتیک گپ مدفوع بالاست (بالای ۵۰) و اسهال با ناشتایی یا پرهیز از خوردن اون ماده رفع میشه. **گپ** (مجموع سدیم و پتاسیم مدفوع $\times 2$) - اسمولالایته پلاسما = اُسْمُتیک گپ مدفوع
علت اسهال اُسْمُتیک ☞

☞ مسهل‌های اُسْمُتیک مثل آنتی اسیدهای حاوی منیزیم، لاکتولوز، فروکتوز، سوربیتول و پودر پلی‌اتیلن گلیکول اسهالی که میدن معمولاً اُسْمُتیک گپش بیش از ۵۰ میلی‌اسمول/لیتره.

☞ سوءجذب کربوهیدرات: یکی از شایع‌ترین علل اسهال مزمن در بالغین، عدم تحمل لاکتوز است.

۳) اسهال استتاتوره‌ای ☞ بیماری‌های همراه با سوءجذب چربی که اسهالی به شدت بد بو و چرب میده و همینطور بیمار نشانه‌هایی از کاهش وزن و سوءتغذیه هم داره. دوتا از علتای مهمش ☞
☞ نارسایی پانکراس

☞ علل مخاطی نظیر اسپروی سلیاک، اسپروی تروپیکال، ویل

۴) اسهال التهابی ☞ اسهال خونی همراه با درد شکم و تب میده. کالپروتکتین (پروتئین لکوسیتی) در مدفوع به نفع اسهال التهابی است. علل شایعش ☞

۱- بیماری‌های التهابی روده مثل کولیت اولسراتیو و کرون

۲- نقص ایمنی اولیه یا ثانویه: مثلاً در هیپوگاماگلوبولینمی که اسهال التهابی شایعه و اغلب به دنبال ژن‌دریا ایجاد میشه.

۳- گاستروانتریت ائوزینوفیلی

۴- کولیت میکروسکوپی

تشخیص و ارزیابی اسهال مزمن

پیش ☞ قدم اول مثل همیشه گرفتن شرح حال، انجام معاینه‌ی فیزیکی، گرفتن آزمایشات معمول خون مثل CBC و تستایه که بتونن وضعیت هیدراتاسیون و الکترولیت‌های بیمار رو بهمون نشون بدن.

☞ تو مرحله‌ی بعد با توجه به نتایج بررسی‌های اولیه به یه سری بیماری‌ها شک می‌کنی و بررسی‌های اختصاصی‌تری انجام میدی ☞

که بیمار از مبتلا به علائمی مثل اسهال خونی، زوریچ، تب یا لکوسیت در مدفوع تحت سیگموئیدوسکوپی (زیر ۴۰ سال) یا کولونوسکوپی (بالای ۴۰ سال) همراه با

۱۱) آقای ۵۰ ساله با اسهال طول کشیده بیش از سه ماه مراجعه کرده است. کولونوسکوپی نرمال است. در نمونه‌های مدفوع در سه نوبت WBC, RBC ندارد، تست کالپروتکتین منفی است و تست مدفوع نشان‌دهنده یک مدفوع با اسمولالیتی گپ ۷۰ است. مصرف کدام یک از داروهای زیر در ایجاد اسهال این بیمار کمتر محتمل است؟ (پره‌انترنی دی ۹۹ - میان‌دوره کشوری) -

الف) منیزیم هیدروکساید

ب) لاکتولوز

ج) اریتروماکسین

د) پودر پلی‌اتیلن گلیکول

۱۲) خانم ۲۸ ساله با اسهال خونی از ۸ روز پیش مراجعه می‌کند. انجام کدام یک از اقدامات زیر در اولویت کمتری قرار دارد؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۵ - قطب تهران)

الف) کولونوسکوپی

ب) شرح حال و معاینه دقیق

ج) سونوگرافی شکم

د) آزمایش کامل و کشت مدفوع

سؤال	۱۱	۱۲
پاسخ	ج	ج



بیوپسی قرار می‌گیرند تا از نظر IBD (بیماری‌های التهابی روده) بررسی شوند.

که بیماران با علائم تغییر اجابت مزاج، وجود خون در مدفوع، دردهای شکمی و کاهش وزن به کمک کولونوسکوپی و بیوپسی از نظر کانسره‌های کولورکتال بررسی می‌شوند.

که بیماران با سابقه‌ی درد یا احساس ناراحتی شکمی که با اجابت مزاج بهتر بشه و همراه با اسهال یا یبوست مزمن از حداقل شش ماه پیش شروع شده باشه ما رو به تشخیص سندرم روده‌ی تحریک پذیر (IBS; irritable bowel syndrome) مشکوک می‌کنه. البته مدفوع خونی، سن بالا، وجود آنمی و ESR بالا میتونه تشخیص IBS رو زیر سؤال بیره. نکته‌ی مهمی که تشخیص IBS داره، رد سایر بیماری‌ها از جمله IBD است. در نتیجه علاوه بر آزمایش خون، آزمایش مدفوع و رکتوسیگموئیدوسکوپی قابل انعطاف یا کولونوسکوپی همراه با بیوپسی ضرورین به خصوص وقتی یه جای کار بلنگه! مثل این خانم جوون که با اسهال و دفع موکوس و بلغم از شش ماه پیش اومده، آدم عاقل به IBS شک میکنه! ولی چون درد شکمی که از ویژگی‌های اصلیشه رو نداره و قضیه کلاً بوداره، باید حتما رکتوسیگموئیدوسکوپی و بیوپسی انجام بدیم.

که بیماران دارای علائم روده‌ی باریک مثل مدفوع آبکی پر حجم، کاهش وزن قابل توجه و سوءجذب تحت آندوسکوپی فوقانی و آسپیراسیون دوازدهه همراه با بیوپسی قرار می‌گیرند. که بیماران با استئاتوره (اسهال چرب) و درد قسمت فوقانی شکم از نظر عملکرد پانکراس بررسی می‌شوند.

که بیمارانی که از نظر موارد بالا رد شوند، احتمال اسهال عملکردی مطرح می‌شود و باید محدودیت غذایی مثل محدودیت مصرف لاکتوز و سوربیتول داشته باشند.

که گفتیم یکی از علل اسهال ترش‌خی مزمن هورمون‌ها و تومورهای مترشحه‌ی هورمونه، مثل تومور کارسینوئید. این تومور از چاله‌های غدد لیبرکون منشأ میگیره که سروتونین، هیستامین، پروستاگلاندین، کینین ترشح می‌کنن و در نتیجه باعث تحریک سیستم گوارشی و ایجاد اسهال ترش‌خی میشه. بیشترین تجمع این تومورها در مجاورت دریچه‌ی ایلئوسکاله. علائم تومور کارسینوئید شامل برافروختگی (فلاشینگ)، درد شکمی، اسهال، تنگی نفس، آسم و ویزینگ ریه، مشکلات قلبی و دریچه‌ای سمت راست قلبه.

که برای تأکید میگم: توی سؤال اسهال مزمن دیدی بزن آزمایش خون و مدفوع و بعدش کولونوسکوپی / رکتوسیگموئیدوسکوپی. حالا یا منظور طراح

بیماری التهابی روده‌س یا کنسر و IBS.

🌸 حالا می‌تونن بری توی تست تمرینی گوارش همه‌ی سؤال‌ها رو کامل ببینی و تست بزنی.

۱۲ بیمار خانم ۳۵ ساله با شکایت دفع مدفوع شل و بلغمی از حدود ۶ ماه قبل بدون سابقه کاهش وزن مراجعه کرده است. CBC و ESR و Stool exam طبیعی بوده است. اقدام بعدی شما کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۵ - قطب اصفهان)

الف) باریم انما

ب) رکتوسگموئیدوسکوپی و بیوپسی

ج) ترانزیت روده باریک

د) سی‌تی اسکن شکم و لگن



۱۴ خانمی ۴۵ ساله با شکایت اسهال آبکی و غیر خونی از ۳ ماه قبل مراجعه کرده است. بیمار از تنگی نفس نیز شکایت دارد. در معاینه ملتحمه Pale نیست و در سمع ریه و قلب به ترتیب wheezing و سوفل نارسایی تری کوسپید شنیده می‌شود. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟ (پره‌انترنی اسفند

۹۴ - قطب آزاد)

الف) کرون

ب) VIPoma

ج) IBS

د) تومور کارسینوئید

سؤال	۱۳	۱۴	
پاسخ	ب	د	

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
یبوست	غیر مهم	۰

یبوست یعنی دفعات دفع کمتر از سه بار در هفته، همراه با احساس سختی و عدم دفع کامل مدفوع. البته این با یُبَس بودن اخلاقی یکم فرق داره. اون یکی نمیره تو، این یکی نمید بیرون! یبوست از نظر زمانی به دو دسته تقسیم میشه:

❖ یبوستی که به تازگی شروع شده (early onset) ☞ کمتر از ۳ ماه

❖ یبوست مزمن ☞ بیش از ۳ ماه

علل یبوست early onset:

❖ تنگی به علت نئوپلاسم / تنگی غیر نئوپلاسمی به دنبال ایسکمی، دیورتیکول، التهاب

❖ اسپاسم اسفنکتر آنال در نتیجه‌ی فیشر آنال یا هموروئید دردناک

❖ داروها (ضد افسردگی، مهارکننده‌ی کانال کلسیم و...)

علل یبوست مزمن:

۱- سندروم روده‌ی تحریک‌پذیر با یبوست غالب (IBS-C)

۲- داروها (ضد افسردگی‌ها، مهارکننده‌ی کانال کلسیم،...)

۳- انسداد کاذب کولون

۴- اختلال در تخلیه‌ی رکتوم به علت اختلال کارکرد کف لگن و عضلات

۵- علت‌ای دیگه مثل اندوکرینوپاتی، اختلالات عصبی و روانی، اختلالات عضلانی

📌 **نکته:** در بیش از ۹۰٪ بیماران مبتلا به یبوست، علت زمینه‌ای (مثل سرطان، افسردگی، هیپوتیروئیدی) وجود نداره و یبوست با هیدراتاسیون کافی، ورزش و مصرف ۱۵ تا ۲۵ گرم فیبر غذایی در روز برطرف می‌شه. اما ما بررسی‌هامون رو انجام میدیم تا اگه یبوست ادامه داشت به تشخیص دقیق برسیم.

در بیماران مبتلا به یبوست مزمن، بررسی‌های اولیه شامل موارد زیر است:

❖ بررسی خون (CBC، آهن، کلسیم، پتاسیم، تست‌های تیروئیدی)

❖ رادیوگرافی ساده‌ی قفسه سینه و شکم

❖ بررسی انسداد مکانیکی روده به کمک ابزار مناسب با توجه به ریسک فاکتورها.

حالا ریسک فاکتورها چین؟ کاهش وزن، خون‌ریزی از رکتوم یا خون‌ریزی

همراه با یبوست به ویژه پس از ۴۰ سالگی.



❶ خانم ۲۵ ساله‌ای با شکایت یبوست از ۵ سال مراجعه کرده‌است. بیمار شرح‌حالی از کاهش وزن، آنمی، خون‌ریزی رکتال و یا سابقه خانوادگی کانسر کولون ندارد. کدام یک از موارد زیر را برای ایشان درخواست می‌نمایید؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶ - قطب کرمان، شمال و اصفهان)

الف) colonoscopy

ب) Anorectal manometry

ج) Check of colon transit time

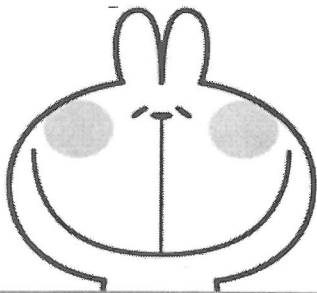
د) Check of CBC-TSH-K-Ca

سؤال	۱			
پاسخ	د			



- ۲ آقای ۵۲ ساله با شکایت یبوست و کاهش وزن قابل توجه در سه ماه گذشته مراجعه کرده است. اقدام بعدی کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۴ - قطب همدان)
- الف) دفیکوگرافی ب) ترانزیت کولون
ج) مانومتري آنورکتال د) کولونوسکوپی

- ۲ بیمار مردی ۳۰ ساله با شکایت یبوست بدون علائم سیستمیک و کاهش وزن مراجعه کرده است. وی داروی خاصی مصرف نمی‌کند. آزمایشات اولیه و گرافی ساده شکم نرمال است. بهترین اقدام بعدی در بیمار کدام مورد است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۵ - قطب کرمان)
- الف) ترانزیت کولون (Colon transit)
ب) مانومتري آنورکتال (Anorectal manometry)
ج) خروج بالون با زور زدن (Balloon expulsion)
د) پروکتوگرافی حین دفع (defecation proctography)



- ۲ خانم ۴۳ ساله‌ای به علت دفع مدفوع سفت یک بار در هفته مراجعه می‌کند. بیمار می‌گوید اکثر مواقع برای دفع مدفوع از انگشت دست استفاده می‌کند. آزمایشات و کولونوسکوپی که با خود آورده است همگی نرمال هستند. کارمند اداره است و دارویی مصرف نمی‌کند. همه‌ی موارد زیر را به بیمار توصیه می‌کنید، بجز: (پره‌انترنی آذر ۹۸ - میان‌دوره کشوری)
- الف) مصرف کافی مایعات (هیدراتاسیون)
ب) مصرف ۱۵ تا ۲۵ گرم فیبر در روز
ج) ورزش کافی
د) توال رفتن و زور زدن به مدت ۱۵ دقیقه

در صورت وجود ریسک فاکتورها سیگموئیدوسکوپی قابل انعطاف همراه با انمای باریم یا کولونوسکوپی به تنهایی، برای رد بیماری‌های ساختاری نظیر سرطان یا تنگی کولون ضروری است. کولونوسکوپی به‌صرفه‌ترین روش است زیرا امکان بیوپسی، پولیپکتومی و اتساع تنگی‌ها را فراهم می‌کند. در بیمار با یبوست ایزوله و بدون هیچ ریسک فاکتوری، از باریم انما استفاده می‌کنیم.

خب آقا... حالا اومدیم و بررسی‌های اولیه رو انجام دادیم، ولی همه نرمال بودن و چیزی پیدا نکردیم یا مثل سوال روبرو همه‌چی نرمال بود، به انسداد شک نداشتیم و توی گزینه‌ها هم ابزاری برای رد انسداد نبود، حالا چه کنیم؟ برو سراغ ارزیابی‌های بیشتر یبوست؛ حتماً به ترتیبش توجه کن.

مطالعه‌ی زمان ترانزیت کولون = زمان عبور مواد از کولون
به بیمار تعدادی مارکر خوراکی رادیواپک میدیم بخوره و انتظار داریم بعد از ۵ روز بیش از ۸۰٪ این مارکرها رو دفع کرده باشه.

مانومتري آنورکتال و فرستادن بالون

پزشک یه بالون می‌فرسته داخل رکتوم بیمار و ازش می‌خواه تلاش کنه تا بالون رو دفع کنه. بسته به اینکه بیمار بتونه چند سانتی‌مترش رو دفع کنه تشخیص اختلالات کارکردی عضلات کف لگن، یا افتادگی بیش از حد پرینه مطرح میشه.

اندازه‌گیری زاویه‌ی آنورکتال، پروکتوگرافی دفعی.

در بیمار با یبوست مزمن که هیچ ریسک فاکتور و علت زمینه‌ای برای یبوست (سرطان، افسردگی، هیپوتیروئیدی) نداره و تمام ارزیابی‌های اولیه‌ش یعنی آزمایشات، گرافی، کولونوسکوپی و باریم انما نرماله، می‌تونیم به بیمار یک دوره اصلاح لایف استایل شامل هیدراتاسیون کافی، ورزش و مصرف ۱۵ تا ۲۵ گرم فیبر غذایی در روز یا حتی مصرف مسهل رو توصیه کنیم و تازه اگر یبوستش به این موارد جواب نداد، بریم سراغ ارزیابی‌های بیشتر از جمله کولون ترانزیت و غیره. حالا سؤال روبرو که اصلاً گزینه‌ی چهارم‌ش برای مریض بیس، سمه!

آه فواستی همه‌ی تست رو ببینی پرو اپلیکیشن!

سؤال	۲	۳	۴
پاسخ	د	الف	د

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
فونریزی گوارشی	فیلی مهم	۲

پس‌علل خون‌ریزی گوارشی

خون‌ریزی گوارشی به دو دسته کلی فوقانی (یعنی بالاتر از لیگامان تریتز) و تحتانی (پایین‌تر از لیگامان تریتز) تقسیم می‌شود.

علل خون‌ریزی گوارشی فوقانی:

❖ شایع‌ترین ❶ - زخم پپتیک ❷ - واریس مری

❖ کشنده‌ترین و حادترین علت ❸ - واریس مری

❖ بیماران سیروز کبدی یک سال در میون باید از نظر واریس مری چک بشن. چون در بیماران سیروتیک به علت پورتال هایپرنتشن، واریس مری خیلی شایعه. اگر یه مریض سیروتیک واریس مری داشت به سرعت باید اقدام درمانی از طریق اندوسکوپي مانند band ligation، اسکروتراپی و در صورت لزوم دارودرمانی مانند تجویز اکترئوتاید صورت بگیره. بین راحت بگم... واریس مری رو مثل یک بادکنک پر از خون در نظر بگیر که هر لحظه و با کوچکترین فشاری ممکنه بترکه ؟

پس‌علل خون‌ریزی گوارشی تحتانی:

❖ شایع‌ترین علت در عموم جامعه ❶ - هموروئید

❖ شایع‌ترین علت بعد از هموروئید در بزرگسالان ❷ - دیورتیکول

❖ شایع‌ترین علت خون‌ریزی وسیع در بچه‌ها ❸ - دیورتیکول میک

❖ شایع‌ترین علت خون‌ریزی قابل توجه با منشأ کولون در بچه‌ها و نوجوانان ❹ - IBD

❖ شایع‌ترین علل خون‌ریزی گوارشی تحتانی با منشأ روده‌ی باریک در بالغین ❶ - در بالغین

بالای ۴۰ سال اکتازی عروقی، بدخیمی و آروزئون‌های ناشی از NSAID و در بالغین زیر ۴۰ سال بیماری کرون و سندرم‌های پولیپوز و بدخیمی.

❖ دیورتیکول که گفتیم شایع‌ترین علت خون‌ریزی گوارشی تحتانی در

بزرگسالانه، یه تابلوئه بالینی واقعاً تابلویی داره ؟

شروع ناگهانی و بدون درد خون‌ریزی، که معمولاً خیلی حجیمه (دیورتیکول‌هایی

که منشأ اونا کولون راست باشه خون‌ریزی حجیم ایجاد می‌کنن. پس خون‌ریزی

ریزه میزه یا مخفی، ویژگی دیورتیکول نیست.) در ۸۰ تا ۹۰ درصد موارد خون‌ریزی

خودبخود متوقف میشه ولی در ۱۵ تا ۴۰ درصد بیماران عود مجدد خون‌ریزی رو داریم.

❶ بیمار آقای ۴۰ ساله که با شکایت هماتمز و ناپایداری همودینامیک به اورژانس آورده شده است. پس از احیای همودینامیک تحت آندوسکوپي قرار می‌گیرد و منشأ خون‌ریزی، واریس تشخیص داده می‌شود. انجام کدام یک از اقدامات زیر را توصیه نمی‌کنید؟ (پره‌انترنی تیر ۹۷ - میان دوره‌ی کشوری)

❶ باند لیگاسیون

❷ اکترئوتاید وریدی

❸ تزریق اپی‌نفرین به داخل ورید در حال

خون‌ریزی

❹ اسکروتراپی

❷ در خون‌ریزی از منشأ دیورتیکول کولون کدام جمله

صحیح است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴ - قطب زنجان)

❶ در ۲۵ - ۲۰ درصد موارد خون‌ریزی خود به خود قطع می‌شود.

❷ اغلب موارد منشأ از کولون راست است.

❸ درمان اولیه آن برداشت بخشی از کولون است.

❹ همراه با درد و به صورت ناگهانی است.

سؤال	۱	۲	
پاسخ	ج	ب	



مع تشخیص و ارزیابی خونریزی گوارشی

اولین کاری که باید تو خونریزی گوارشی بکنی، اینه که وسعت خونریزی گوارشی و آزاری که به مریضت وارد شده رو تخمین بزنی؛ یعنی بفهمی مریضت حالش پایداره یا ناپایداره و ممکنه یهو بره تو شوک افت.

بررسی ضربان قلب و فشار خون بهترین راه برای بررسی اولیه وضعیت بیمار مبتلا به خونریزی از دستگاه گوارشیه. علتش هم اینه که خونریزی شدید سبب تغییراتی در ضربان قلب، فشار خون، ایجاد تاکیکاردی و در نهایت افت فشار خون در حالت درازکش میشه.

هموگلوبین و هماتوکریت طی خونریزی، همون اول کم نمی‌شن، پس تعیین وسعت خونریزی حاد توسط این دو معیار امکان پذیر نیست. چرا؟! چون بیمار همزمان داره پلاسما و RBC رو با هم از دست میده پس بلافاصله هموگلوبین و هماتوکریت جبران نمیشن و حدوداً ۷۲ ساعت طول میکشه.

مع بعد باید حدوداً تشخیص بدی منشأ خونریزی گوارشی فوقانی یا تحتانی؛ یعنی بالای لیگامان تریتزه یا پایینش. این سه تا تعریف بهت کمک میکنه

مع هماتمز: یعنی استفراغ خونی یا علمی‌ترش خونریزی گوارش فوقانی بالاتر از لیگامان تریتزه. هماتمز که میگه یاد "مزه" بیفت. یعنی بیمار داره خون رو مزه مزه میکنه

مع ملنا: مدفوع قیری رنگی که میگه خون حداقل ۱۴ ساعت تو دستگاه گوارش مونده، پس هر چی منشأ خونریزی پروگزیمال‌تر و فوقانی‌تر باشه، احتمال ملنا بیشتره. وقتی که می‌فرستنت مریض رو توشه رکتال کنی معمولاً دنبال همین ملنا!

مع هماتوشزی: خونریزی از مقعد که معمولاً نشان دهنده منشأ تحتانی برای خونریزیه.

مع خونریزی گوارشی فوقانی میتونه اونقدر سریع اتفاق بیفته که فرصت کافی برای باقی ماندن خون تو روده و ایجاد ملنا نداشته باشه؛ در نتیجه خودشو به صورت هماتوشزی نشون بده که تو این موارد معمولاً بیمارمون بدحاله 😞 یعنی هماتوشزی رو به همراه به هم خوردن تعادل همودینامیکی (کاهش فشار خون بیمار در حالت خوابیده یعنی تست Tilt مثبت و کاهش ضربان قلب) و همچنین افت هموگلوبین داره. پس هماتوشزی دو حالت داره

۲ آقای ۵۰ ساله‌ای با شکایت استفراغ خونی

در چند ساعت اخیر مراجعه کرده است، برای بررسی اولیه وضعیت بیمار کدام یک از موارد زیر ارزش کمتری دارد؟ (پره‌انترنی آبان ۹۶ - میان‌دوره کشوری)

الف میزان هموگلوبین بیمار

ب تعداد ضربان قلب

ج فشار خون بیمار

د تغییرات وضعیتی در فشار خون بیمار

۴ در تشخیص خونریزی گوارشی فوقانی از تحتانی،

گزینه غلط کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۵ - قطب شیراز)

الف Hematochezia همواره نشان‌دهنده خونریزی

گوارشی تحتانی است.

ب خونریزی از روده کوچک ممکن است بصورت

Melena یا Hematochezia باشد.

ج افزایش BUN در حضور کراتینین نرمال،

نشانه خونریزی گوارشی فوقانی است.

د افزایش صداهای روده، نشانه خونریزی

گوارشی فوقانی است.

سؤال	۳	۴		
پاسخ	الف	الف		

🔹 هماتوشزی + ناپایداری همودینامیک ➡ منشأ خونریزی فوقانی. پس باید بلافاصله خونریزی بیمار رو جبران و بعدش اندوسکوپی اورژانسی کرد.

🔸 هماتوشزی + پایداری همودینامیک ➡ منشأ خونریزی تحتانی و باید رکتوسیگموئیدوسکوپی یا کولونوسکوپی انجام بشه.

که افزایش نسبت BUN به کراتینین و تشدید صدهای روده‌ای به نفع خونریزی گوارشی فوقانی است.

📌 ارزیابی خونریزی گوارشی فوقانی

برخورد با بیماری که خونریزی گوارشی فوقانی داره بر اساس علتاش (چهارتا از شایع‌تریناش مثل زخم پپتیک، واریس مری، پارگی مالوری ویس و اروژن بدون زخم) متفاوت. ولی در هر صورت مریضی که با خونریزی گوارشی فوقانی اومد ابتدا اقدامات اولیه اصلی مثل بررسی همودینامیک بیمار، گرفتن رگ محیطی و جبران آب و الکترولیت رو براش انجام میدی، بعد به تناسب حالش بیمار رو تو بخش عادی یا ICU بستری می‌کنی و براش وقت اندوسکوپی می‌گیری، چرا؟! چون اندوسکوپی قدم اصلی تشخیصی برای خونریزی گوارشی فوقانیه. الگوریتم رو ببین.

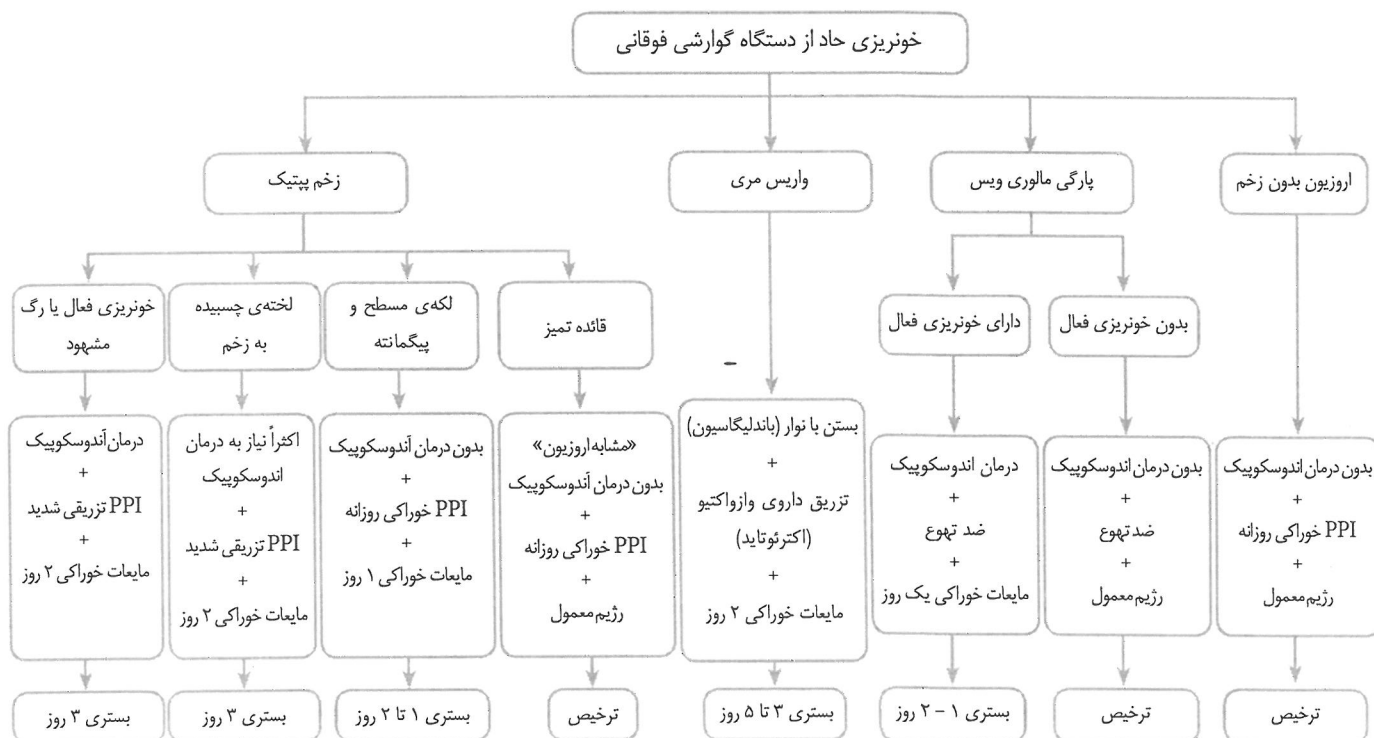
۵ آقای ۳۹ ساله با درد شکم و دفع مدفوع اسهالی سیاه قیری مراجعه کرده است. در معاینه اختلال همودینامیک ندارد. در آندوسکوپی زخم دوازدهه با ظاهر تمیز (clean based) داشته و تست اوره‌آز مثبت است. برای بیمار پنتوپرازول شروع شده و قرار است که ادامه یابد. بهترین گزینه‌ی درمانی کدام است؟ (بره‌انترنی شهریور ۹۳ - قطب آزاد)

الف) بستری و درمان هلیکوباکتر پیلوری برای ۱۰ روز

ب) بستری و درمان هلیکوباکتر پیلوری برای ۱۴ روز

ج) درمان سرپایی هلیکوباکتر پیلوری برای ۱۰ روز

د) درمان سرپایی هلیکوباکتر پیلوری برای ۱۴ روز



سؤال	۵
پاسخ	د



پاسخ ۱ زخم پپتیک: با توجه به ویژگی اندوسکوپی‌کش چهار حالت دارد:

- ① زخم با قاعده تمیز ☞ درمان اندوسکوپی‌کش لازم نیست ☞ بیمار رو با توصیه به مصرف روزانه قرص پنتوپرازول (مهارکننده‌ی پمپ پروتون یا PPI) و رژیم معمولی مرخص می‌کنیم بره خونه ☞ پس تمیز = ترخیص.
 - ② زخم با لکه‌های مسطح رنگدانه‌دار ☞ درمان اندوسکوپی‌کش لازم نیست ☞ توصیه به مصرف روزانه قرص پنتوپرازول (مهارکننده‌ی پمپ پروتون یا PPI) و رژیم مایع برای یک روز ☞ یک تا دو روز تو بخش تحت‌نظرش گرفته و بعد مرخص می‌کنیم.
 - ③ زخم به همراه لخته‌ی چسبیده به زخم ☞ اکثراً درمان اندوسکوپی‌کش لازم است + PPI تزریقی و شدید به همراه مایعات خوراکی (دو روز) ☞ سه روز بستریش می‌کنیم و بعد ترخیص، می‌گیریم با یه خدافظی خوشحالمون کنه ☞
 - ④ خونریزی فعال یا رگ واضح (visible vessel) ☞ درمان اندوسکوپی‌کش در کنار PPI تزریقی و شدید به همراه مایعات خوراکی (دو روز) لازمه ☞ سه روز بستریش می‌کنیم و بعد ترخیص، می‌گیریم با یه خدافظی خوشحالمون کنه ☞
- لله تزریق وریدی PPI (پنتوپرازول) در خونریزی فعال یا رگ واضح باعث کاهش مرگ و میر به دنبال خونریزی و ریسک خون‌ریزی مجدد می‌شود.

پاسخ ۲ گفتیم برای جبران خون‌ریزی بیمار ممکنه حتی لازم بشه خون بهش بزنیم؛ برای بیمارایی که مشکل قلبی ندارن در خون‌ریزی زمانی مجاز به تزریق خونیم که هموگلوبین بیمار به زیر هفت رسیده باشه. پس در این خانم که هموگلوبینش هنوز ۹ هست لازم نیست خون بزنیم.

② واریس مری: طی اندوسکوپی لیگاسیون انجام میدیم و برای بیمار داروهای وازواکتیو تزریقی مثل اکترئوتاید تجویز می‌کنیم و دو روز بهش رژیم مایع میدیم ☞ سه تا پنج روز تو بیمارستان تحت‌نظر می‌گیریم و بعدم ترخیص.

پاسخ ۳ پارگی مالوری ویس: اگر خونریزی فعال داشت به صورت اندوسکوپی‌کش مریض رو درمان می‌کنیم، ضد تهوع و رژیم مایعات (یک روز) میدیم و یکی دو روز هم تو بخش نگهش می‌داریم ولی اگر خونریزی فعال نداشت با ضد تهوع و رژیم معمولی مرخصش می‌کنیم. شرح حال بیمار سوال ۸ با توجه به خونریزی روشن بعد از سرفه و عق زدن، به پارگی خفیف مالوری ویس می‌خوره که با توجه به نداشتن خونریزی فعال فقط بیمار را پیگیری می‌کنیم. اولین قدم در برخورد با خونریزی گوارشی ارزیابی همودینامیک (فشارخون) و سپس اقدامات حمایتی مثل مایع درمانی است.

④ اروژن بدون زخم ☞ درمان اندوسکوپی‌کش لازم نیست ☞ بیمار رو با توصیه به مصرف روزانه قرص پنتوپرازول (مهارکننده‌ی پمپ پروتون یا PPI) و رژیم معمولی مرخص می‌کنیم.

که در ۱۵٪ موارد UGIB آپیراسیون نازوگاستریک غیرخونی است. در این حالت معمولاً منشأ خون‌ریزی دئودنوم است. در این موارد به دلیل اسپاسم دریچه پیلور خون و یا صفرا وارد معده نمی‌شود.

۶ در بیماری که با شکایت هماتمز و ملنا مراجعه کرده، در آندوسکوپی فوقانی زخم با خون‌ریزی فعال در پولپ دوازدهه رؤیت گردیده، که تحت درمان آندوسکوپی‌کش قرار گرفته است. انفوزیون مهارکننده‌ی پمپ پروتون وریدی (PPI) با دوز بالا در این مرحله کدامیک از منافع زیر را در این بیمار در پی خواهد داشت؟ (پره‌اترنی شهریور ۹۸ - کشوری)

ا کاهش درد ناشی از زخم

ب کاهش مرگ و میر

ج کاهش مدت زمان بستری بیمار

د کاهش خطر بروز زخم در آینده

۷ خانم ۲۸ ساله با ملنا از ۳ روز قبل و $Hb = 9$ تحت آندوسکوپی قرار می‌گیرد که زخم با لخته چسبیده تمیز در پولپ دئودنوم دیده شد. کدام اقدام نادرست است؟ (پره‌اترنی اسفند ۹۵ - قطب همدان)

ا تزریق یک واحد خون هم گروه

ب مصرف پنتوپرازول وریدی

ج NPO کردن بیمار به مدت ۲۴ ساعت

د تست برای میکروب هلیکوباکتر

۸ بیمار خانم حامله‌ای در ماه سوم بارداری است که به دنبال استفراغ‌های مکرر دچار دفع خون روشن همراه با مواد غذایی از دهان شده است. اولین اقدام در ارزیابی و برخورد با بیمار فوق کدام است؟ (پره‌اترنی شهریور ۹۵ - کشوری)

ا با توجه به باردار بودن، لازم است درمان اندوسکوپی‌کش انجام شود.

ب درمان حمایتی و پیگیری بیمار

ج حداقل ۲۴ ساعت در بخش ICU تحت نظر باشد.

د تعبیه NG Tube

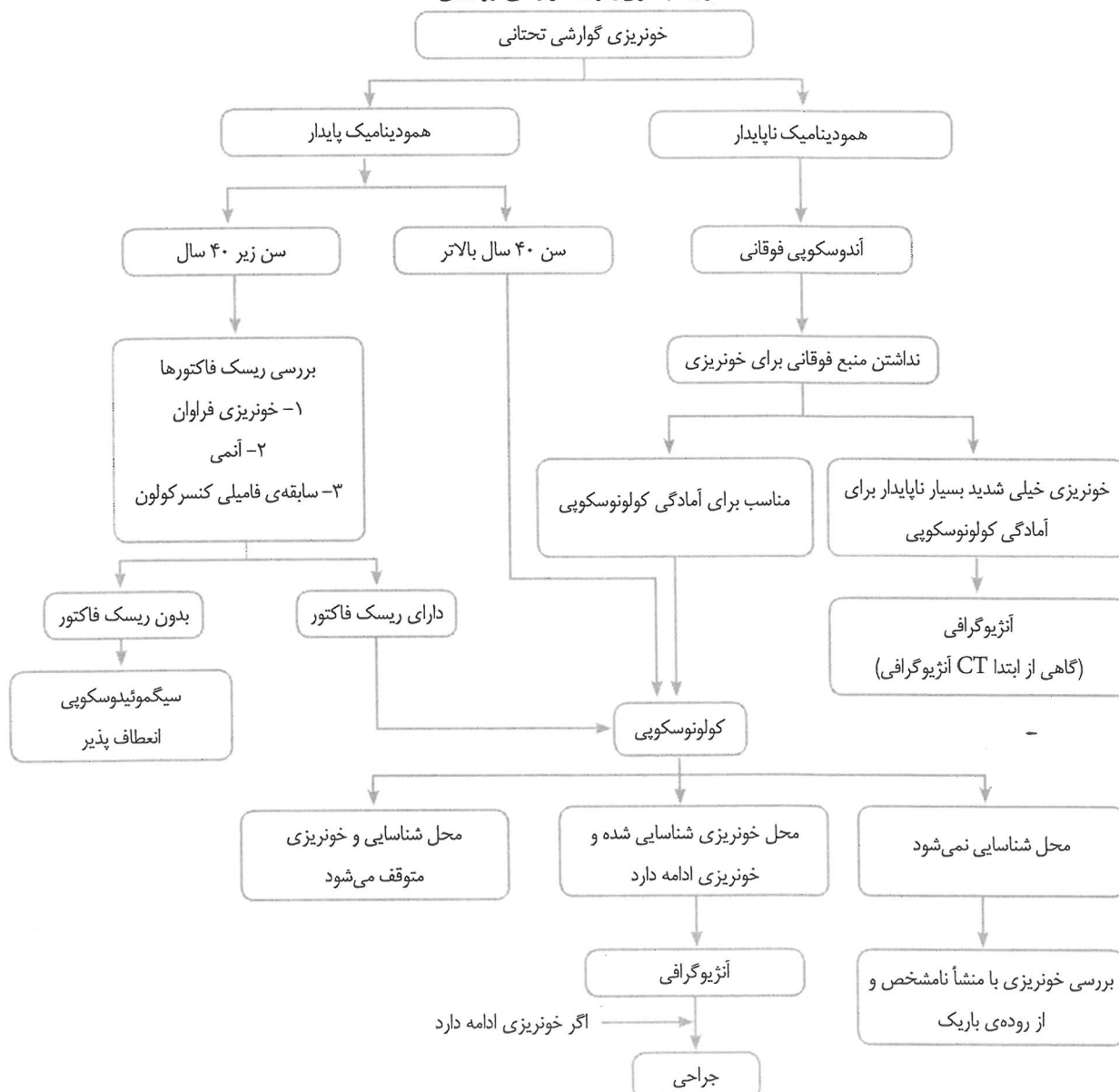
سؤال	۶	۷	۸
پاسخ	ب	الف	ب

که در بیماران دچار خونریزی شدید و یافته‌های اندوسکوپی پرخطر (مانند بیماران دچار واریس، زخم‌هایی با خونریزی فعال، یا رگ قابل مشاهده) درمان هموستاتیک از طریق اندوسکوپ مفید است، در حالیکه بیماران دچار ضایعات کم خطرتر (مانند عدم وجود رگ در قاعده زخم، پارگی مالوری ویس در اثر سرفه‌های شدید یا عرق زدن شدید که خونریزی ندارد، گاستروپاتی سایشی (erosive) یا خونریزی‌دهنده) که دارای هموگلوبین و علائم حیاتی پایدار هستند و هیچ مشکل طبی دیگری ندارند را می‌توان ترخیص کرد.

ارزیابی خونریزی گوارشی تحتانی

خب حالا که به نظرت خونریزی گوارشی تحتانی، اول مثل همیشه همودینامیک مریض رو بررسی میکنی؛ یعنی فشار خون و نبضش. دو حالت کلی داره

الگوریتم خونریزی گوارشی رو ببین.



۱ آقای ۴۵ ساله با شکایت دفع خون روشن به مقدار زیاد از مقعد از روز گذشته و سرگیجه هنگام برخاستن بدون سابقه‌ی قبلی بیماری مراجعه کرده است. در معاینه فشار خون ۹۰/۵۰ میلی متر جیوه و تعداد ضربان ۱۱۰ در دقیقه دارد. پس از پایدار کردن وضعیت همودینامیک بیمار مناسب‌ترین اقدام تشخیصی کدام است؟ (پرهانترونی اسفند ۹۶ - قطب تهران)

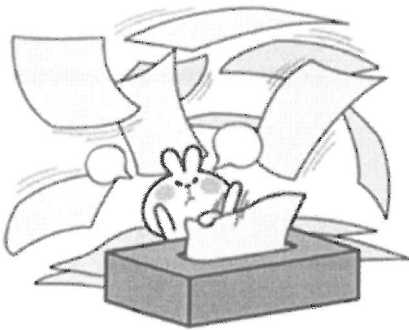
الف) کولونوسکوپی توتال

ب) رکتوسیگموئیدوسکوپی

ج) اندوسکوپی گوارش فوقانی

د) CT اسکن شکم و لگن

سؤال	۹
پاسخ	ج



۱۰ آقای ۳۰ ساله به علت هماتوزیا مراجعه کرده است. در معاینه ملتحمه pale و فشار خون خوابیده و نشسته ۱۲۰/۸۰ است. در آزمایشات:

Hb=9 WBC=6000

PIT=250000 Ferritin=3

اولین اقدام تشخیصی چیست؟ (پره‌انترنی اسفند

۹۵ - قطب آزاد)

ا رکتوسیگموئیدوسکوپی

ب کولونوسکوپی کامل

ج آندوسکوپی گوارشی فوقانی

د آنژیوگرافی

۱ ناپایداری همودینامیک ☞ اگر مثلاً فشارش پایین بود یا نبضش تند میزد، یعنی ناپایداره و همونطور که قبلاً گفتیم باید خون‌ریزی گوارشی فوقانی رو با اندوسکوپی اورژانسی بررسی کنی. ولی اول باید از مریضت رگ‌گیری و از نظر آب و الکترولیت مریضتو هیدراته کنی، حتی شاید لازم بشه بهش خون بدی. که اگر اندوسکوپی کردی و منشأ خون‌ریزی رو از بالا پیدا کردی طبق الگوریتم خون‌ریزی گوارشی فوقانی عمل می‌کنی.

که اگر خون‌ریزی اونقدر شدید بود که با کولونوسکوپی و لاواژ مایع، مسیر دید نمی‌شد، میریم سراغ آنژیوگرافی. اگر با آنژیوگرافی هم خون‌ریزی بند نیومد، جراحی می‌کنیم.

۱۱ همودینامیک پایدار ☞ خیالت راحت باشه که از پایین نشستی داری! بر حسب سن مریض نوع وسیله بررسی و طولی از لوله‌ی گوارشی تحتانی که بررسیش ضروریه فرق میکنه ☞

۱- مریض زیر ۴۰ سال و بدون ریسک فاکتور ☞ سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر

۲- مریض بالای ۴۰ سال و یا مریض زیر ۴۰ سال و دارای ریسک فاکتور ☞ کولونوسکوپی ریسک فاکتورها چیان؟! ☞

☞ سابقه‌ی فامیلی سرطان کولورکتال

☞ خون‌ریزی فراوان و شدید از رکتوم

☞ وجود آنمی فقر آهن در بیمار

حالا که کولونوسکوپی کردی از سه حالت خراج نیست ☞

☞ منشأ خون‌ریزی مشخصه و متوقف شده. همه چی آرومه ☺

☞ محل خون‌ریزی مشخصه ولی هنوز ادامه داره ☞ با آنژیوگرافی سعی میکنی متوقفش کنی اگر نشد دیگه جراحی لازمه.

☞ نه محل خون‌ریزی مشخصه نه بند اومده ☞ خون‌ریزی با منشأ نامشخص

(Obscure GIB)، که نیاز به بررسی‌های بیشتر برای پیدا کردن محل خون‌ریزی

از روده کوچک داره. در این موارد ابتدا، مجدداً آندوسکوپی و کولونوسکوپی را تکرار

می‌کنیم و اگر باز هم منشأ خون‌ریزی مشخص نشد، باید از ویدئو کپسول

برای بررسی روده باریک استفاده کنیم.

۱۲ ☞ آزمون خون مخفی در مدفوع (Occult Blood) ☞ این آزمون تنها

برای غربالگری سرطان کولورکتال توصیه می‌شود. در صورت مثبت بودن این

آزمون باید کولونوسکوپی انجام شود.

۱۱ توصیه به خانم ۶۵ ساله با (+) Occult blood در

مدفوع چیست؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۳- قطب همدان)

ا توتال کولونوسکوپی

ب سونوگرافی شکم

ج CT-Scan شکم و لگن

د باریم انما

👁 آله فواستی همه‌ی تست رو ببینی پرو اپلیکیشن!

سؤال	۱۰	۱۱	
پاسخ	ب	الف	

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
اندوسکوپی و کولونوسکوپی و سرطان‌های گوارشی	مهم	۳

اندوسکوپی، کولونوسکوپی و رکتوسیگموئیدوسکوپی فرآیندهای تهاجمی رشته‌ی گوارش، پس قبل از هر کاری باید ببینیم بیمارمون واقعاً اندیکاسیون این اقدامات تهاجمی رو داره یا نه.

صبح اندوسکوپی

بعضی بیمارای گوارش رو باید تا چشم‌ت به جمالشون روشن شد بفرستی اورژانسی اندوسکوپی ولی بعضیاشون نه! بهشون توصیه می‌کنی مثلاً شنبه اول صبح به صورت الکتیو بیان اندوسکوپی.

✎ اندیکاسیون‌های اندوسکوپی و کولونوسکوپی اورژانسی:

✎ خون‌ریزی حاد گوارشی ✎ زخم پپتیک ✎ واریس‌های گوارشی

✎ Dieulafoy lesion: یک شریان غیر معمول، بزرگ و پیچ‌خورده بیشتر در معده است.

✎ پارگی مالوری-ویس

✎ اکتازی‌های عروقی

✎ دیورتیکول‌های کولون

✎ انسداد گوارشی

✎ اندیکاسیون‌های اندوسکوپی اختیاری (الکتیو):

✎ سوءهاضمه (Dyspepsia): بدون زخم

✎ بیماری رفلاکس گاستروازوفازیا

✎ زخم پپتیک

✎ آنمی و تست مثبت خون مخفی در مدفوع

✎ مری بارت

✎ دیسفاژی

✎ درمان بدخیمی‌های گوارشی

☞ اگر زبل خان باشی متوجه شدی که زخم پپتیک هم اندیکاسیون اندوسکوپی اورژانسی و هم الکتیو داره! خب منطقه که برای یه بیمار جوون که با علائمی شبیه سوءهاضمه‌ی ناشی از زخم اومده به صرفه نیست که بلافاصله اورژانسی بفرستیش اندوسکوپی. بهتره اول با تست‌های غیر تهاجمی مثل سرولوژی، مدفوع و تست تنفسی اوره وجود هلیکوباکتر پیلوری رو بررسی و اگر مثبت بود براش درمان شروع کنی. اگر خوب نشد علائمش حالا تازه بفرستیش اندوسکوپی. تو پزشکی قورباغه بزرگ زشته رو آخر بخور همیشه ☺

۱ برای بیماری ۳۸ ساله که با علائم زخم پپتیک که در گزارش باریم میل، زخمی به اندازه ۱x۱ سانتی‌متر در تنه معده گزارش شده است، مراجعه کرده، کدام یک از اقدامات زیر را انجام می‌دهید؟ (پره‌اترنی میان‌دوره اردیبهشت ۹۶ - قطب اصفهان)

ا تجویز ۶ تا ۸ هفته امپرازول و سپس اندوسکوپی

ب در صورت کاهش وزن یا کم خونی اندوسکوپی انجام شود

ج شروع امپرازول در صورت عدم پاسخ اندوسکوپی

د اندوسکوپی + بیوپسی از لبه‌ی زخم



سؤال	۱			
پاسخ	د			



۲ آقای ۵۶ ساله به علت دیس پپسی از ۶ ماه قبل مراجعه کرده است. در آزمایشات سروزوژی هلیکوباکتر پیلوری مثبت است. در سونوگرافی شکم سنگ‌های متعدد در کیسه صفرا و کبد چرب گرید II دارد. کدام اقدام را توصیه می‌کنید؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۵ - قطب زنجان)

ا) درمان ۴ دارویی ریشه‌کنی هلیکوباکتر

ب) انجام سی‌تی اسکن اسپیرال شکم و لگن

ج) کوله‌سیستکتومی لاپاروسکوپی

د) انجام آندوسکوپی فوقانی

۲ خانم ۳۰ ساله جهت بررسی سوء هاضمه مراجعه نموده است. با وجود کدام علامت هشدار دهنده آندوسکوپی فوقانی باید انجام شود؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۳ - قطب شیراز)

ا) درد اپی گاستر

ب) استفراغ مکرر

ج) ترش کردن

د) احساس پری شکم

۴ خانم ۳۹ ساله‌ای به علت کم‌خونی فقر آهن و خون مخفی در مدفوع و بی‌بوست اخیر تحت کولونوسکوپی قرار می‌گیرند و توده در کولون صعودی گزارش می‌شود. گزارش پاتولوژی آدنوکارسینوم well differentiated همراه با درگیری لنف‌نود بوده است. با توجه به شک به Mis-match repair pathway بررسی برای بیمار انجام شد. همه‌ی یافته‌های بیمار به نفع کانسره‌ای مرتبط با Mismatch repair pathway است، بجز:

(پره‌انترنی اسفند ۹۷ - کشوری)

ا) جنس خانم

ب) سن پایین

ج) گزارش پاتولوژی

د) توده‌ی سمت راست

۵ سن بیمار خیلی فاکتور مهمی تو تصمیم‌گیریه. بیمار با سن بالای ۴۰ سال رو با هررر علامتی آندوسکوپی می‌کنیم. ولی در مورد بیمار زیر ۴۰ سال دنبال یه نکته‌ی مورد دار می‌گردیم و متّه به خشخاش میذاریم. این آقای ۵۶ ساله هم چون سنش بالای ۴۰ ساله، با هر علامتی میومد باید براش آندوسکوپی می‌کردی.

۵ اغلب موارد سوءهاضمه ناشی از بیماری رفلاکس گاستروازوفازیال یا GERD است. برای تشخیص GERD لزوماً انجام آندوسکوپی ضروری نیست. ولی در مواردی از GERD که با وجود درمان بهبود نداشته، همراه با علائم هشدار باشه و یا پنج سال بعد از تشخیص برای بررسی مری بارت آندوسکوپی اندیکاسیون داره. علائم هشدار در GERD

کاهش وزن بدون توجیه

خون‌ریزی گوارشی مخفی یا واضح

توده قابل لمس یا آدنوپاتی

اودینوفازی

استفراغ مکرر

زردی

سابقه خانوادگی بدخیمی گوارشی

۵ کانسره‌های کولورکتال در اثر یکی از سه اختلال زیر ایجاد میشن: Adenoma carcinoma sequence: اکثر کانسره‌ها از این دسته هستند که در اثر موتاسیون در ژن APC ایجاد میشن، مثل فمیلیال آدنوماتوز پولیپوز یا FAP.

۵ DNA mismatch repair: ژن‌های ترمیم‌کننده‌ی DNA موتاسیون پیدا می‌کنن، موتاسیون‌ها روی هم جمع میشن و microsatellite می‌سازن. مثل سندرم لینچ یا Hereditary nonpolyposis colorectal cancer (HNPCC). کانسره‌های کولورکتالی که از طریق مسیر DNA mismatch repair ایجاد میشن دارای ویژگی‌های مشترک زیرن

در افراد جوان

تمایز ضعیف

گسترش موضعی ولی فاقد انتشار به غدد لنفاوی

در سمت راست کولون

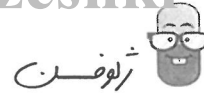
شیوع بیشتر در خانم‌ها

Promotor methylation: بدون شرح

بد نیست تا اینجا بیم به اشاره به چندتا سندرم ارثی مهم بکنیم

۵ FAP: به علت موتاسیون در ژن APC ایجاد و به صورت اتوزومال غالب منتقل میشه. پولیپ‌ها در نوجوانی ظاهر شده و در ابتدای بزرگسالی بدخیم میشن.

سؤال	۲	۳	۴
پاسخ	د	ب	ج



Attenuated FAP: در این بیماری تعداد پولیپ ها نسبت به FAP کمتر بوده و دیرتر بدخیم می شوند.

سندروم لینچ یا HNPCC: موتاسیون در ژن های مسیر DNA mismatch repair منجر به آدنوکارسینوم می شود. کنسرهای خارج گوارشی مثل تخمدان، اندومتر و سینه تو اینا مهمه. پس از همه نظر باید غربالگری بشن.

پیشگیری سکتی خوبن بلکه مانع تشکیل آدنوما و فروکش کردن پولیپوز آدنوماتوز میشن.

غربالگری کنسرهای گوارشی

کنسر کولورکتال از بین کنسرهای گوارشی بیشترین احتمال انتقال ارثی داره و چون شناسایی زودرسش در مداخله و پیش آگهی بیمار خیلی تأثیر میذاره؛ پس غربالگریش شدیداً توصیه میشه. اول جدول رو بین تا بعد برات خلاصه شو بگم

۵ کدام یک از داروهای زیر، در کاهش احتمال بروز کنسرهای کولورکتال موثر است؟ (پرهانتونی شهریور ۹۶ - مشترک کشوری)

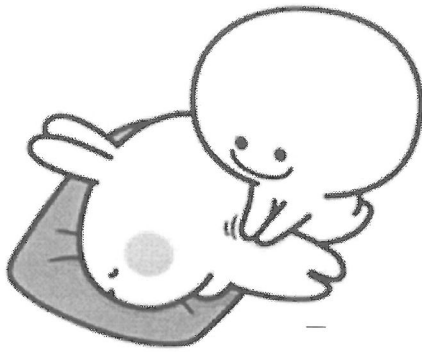
متفورمین (ب) آتورواستاتین (د) کاپتوپریل (ج) آسپرین (ر)

۶ بیمار آقای ۵۵ ساله ای است که دچار سرطان روده بزرگ شده است. پسر ایشان را جهت غربالگری از چه سنی کولونوسکوپی می نمایید؟ (پرهانتونی اسفند ۹۴ - قطب زنجان)

۴۵ (ب) ۵۰ (د) ۳۵ (ج) ۴۰ (ر)

توصیه برای غربالگری	سابقه ی خانوادگی
مانند موارد با خطر متوسط	خویشاوندان درجه یک با آدنوم های کوچک توبولار
کولونوسکوپی هر ۱۰ سال، از سن ۴۰ سالگی	یک خویشاوند درجه یک مبتلا به سرطان کولورکتال یا آدنوم پیشرفته در سنین ۶۰ سال یا بالاتر
آغاز کولونوسکوپی از ۴۰ سالگی یا ۱۰ سال زودتر از سن تشخیص سرطان در جوان ترین خویشاوند مبتلا (هرکدام زودتر باشد) و تکرار کولونوسکوپی هر ۵ سال	یک خویشاوند درجه یک مبتلا به سرطان کولورکتال یا آدنوم پیشرفته در سنین کمتر از ۶۰ سال یا دو خویشاوند مبتلا به سرطان کولورکتال یا آدنوم پیشرفته در هر سن
آغاز سیگموئیدوسکوپی یا کولونوسکوپی در سن ۱۰ تا ۱۲ سالگی و تکرار آن به صورت سالیانه	FAP
آغاز کولونوسکوپی در سنین ۲۰ تا ۲۵ سالگی (یا ۱۰ سال زودتر از جوان ترین خویشاوند درجه یک مبتلا) و تکرار آن تا ۴۰ سالگی هر ۲ سال یک بار و سپس از ۴۰ سالگی هر سال یک بار	HNPCC hereditary nonpolyposis colon cancer)

سؤال	۵	۶		
پاسخ	د	د		



فردی که یک خوشاوند درجه یک (پدر، مادر و...) مبتلا به سرطان کولورکتال مثل آدنوکارسینوم کولون داشته، برای غربالگری باید از چه زمانی کولونوسکوپی بشه؟!

اول نگاه کنیم ببینیم سن خوشاوند درجه اول فرد، موقع تشخیص سرطان بالای ۶۰ سال بوده یا زیر ۶۰ سال.

اگه بالای ۶۰ سال بوده: این فرد از ۴۰ سالگی باید کولونوسکوپی رو شروع کنه، هر ۱۰ سال یکبار هم تکرار کنه.

اگه زیر ۶۰ سال بوده یا اینکه فرد دوتا خوشاوند مبتلا داشته باشه، دوتا حالت براش پیش میاد: یا از ۴۰ سالگی غربالگری رو شروع کنه یا اینکه ۱۰ سال زودتر از سنی که سرطان توی خوشاوندش تشخیص داده شده شروع کنه، حالا هرکدوم که زودتر میشد و هر ۵ سال یکبار هم تکرار کنه.

بابایی زیر ۶۰ سالگی سرطانش تشخیص داده شده، پسر این بابا یا باید ۱۰ سال زودتر از سن تشخیص پدرش (یعنی ۴۵ سالگی) غربالگری رو شروع کنه یا از ۴۰ سالگی. که ما بهش ۴۰ سالگی رو توصیه می‌کنیم چون زودتره. هر ۵ سال یک بار باید هم تکرار کنه.

چند تومور مارکر معروف داریم که لازمه بدونی هرکدوم بیشتر تو چه کنسری بالا میره:

AFP (alpha fetoprotein) کنسر کبد

CEA کنسر کولون

CA 19-9 کنسر پانکراس

CA 125 کنسر تخمدان

برو تست تمرینی سؤالا رو بزن ببینیم.

۷ مرد ۵۰ ساله مبتلا به سیروز و آسیت به علت گزارش ندول ۲.۵ سانتی‌متری در سونوگرافی کبد تحت بررسی قرار گرفته است که در CT اسکن توده‌ی پر عروق گزارش شده است. کدامیک از مارکهای زیر در این بیمار با احتمال بیشتری مثبت خواهد بود؟ (پرهاترنی شهرپور ۹۵-قطب تبریز)

CEA

CA125

αFP

CA19-9

انسان‌ها آفریده شده‌اند که به آن‌ها عشق ورزیده شود

و اشیاء ساخته شده‌اند که مورد استفاده قرار بگیرند...

دلیل آشفته‌گی‌های دنیا این است که به اشیاء عشق ورزیده می‌شود،

و انسان‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرند!

#نلسون_ماندلا

سؤال	۷			
پاسخ	ج			

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
بیماری‌های مری	مهم	۳

بیماری ریفلاکس گاستروازوفازیا یا GERD

در بیماری GERD به علت اختلال در عملکرد اسفنگتر تحتانی مری (LES) شاهد برگشت اسید معده به مری هستیم. علائم این بیماری به دو دسته تیپیک و آتیپیک تقسیم می‌شود

علائم تیپیک تشخیص GERD بالینی است و با پاسخ به داروهای آنتی اسید PPIs (مهارکننده‌های پمپ پروتون) مانند امپرازول، پنتوپرازول و لانسوپرازول تایید می‌شود

سوزش سر دل یا درد رترواسترنال (pyrosis/ heartburn)

رگورژیتاسیون، ترش کردن و احساس مزه تلخ در دهان

تجمع آب در دهان (water brash)

که سوزش سر دل یا heartburn در GERD، دردی رترواسترناله که بعد از خوردن غذا، در حالت خوابیده و ورزش بروز می‌کند و با نوشیدن آب یا داروهای PPI بهتر می‌شود.

علائم آتیپیک برای اثبات بیماری ریفلاکس نیاز به بررسی بیشتر با PH متری ۲۴ ساعته می‌باشد. در این روش میزان اسیدیته‌ی بخش دیستال مری را در ۲۴ ساعت می‌سنجند

درد قفسه سینه غیر قلبی سرفه مزمن

آسم و خشونت صدا درد گلوئی مزمن

احساس توده در گلو یا globus sensation

درد قفسه سینه یک علامت شایع بیماری‌های مری است که شایع‌ترین علت آن GERD است. ولی به علت شبکه‌ی عصبی مشترک قلب و مری بیماری‌های این دو عضو می‌تواند به شکل درد قفسه سینه با انتشار به پشت، بازوها و آرواره‌ها احساس شود. مثل این آقا که با درد قفسه‌ی سینه و سابقه‌ی ترش کردن اومده و شک ما رو به سمت GERD می‌بره ولی اول باید بررسی قلبی بشه و علل قلبی رو برآش رد کنیم.

آقای ۳۵ ساله‌ای با شکایت ترش کردن و درد رترواسترنال متعاقب غذا خوردن که با مصرف مایعات بهبودی پیدا می‌کند به شما مراجعه می‌نماید. در شرح حال بیماری دیگری وجود ندارد. معاینه فیزیکی نرمال است. اقدام تشخیصی مناسب کدام است؟ (پره‌انترنی تهران ۹۳ - قطب تهران)

الف) تست ورزش

ب) مصرف امپرازول

ج) آندوسکوپی فوقانی

د) PH متری مری

مرد ۴۵ ساله/ با شکایت درد قفسه سینه از ۳ ماه قبل و ترش کردن گاه‌گاه/ سابقه مصرف سیگار از ۲۰ سال. اقدام تشخیصی مناسب در وی کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۴ - قطب اصفهان)

الف) بررسی کامل قلبی شوند

ب) انجام گرافی بلع باریم

ج) انجام آندوسکوپی فوقانی

د) دادن امپرازول به صورت تشخیصی و درمانی

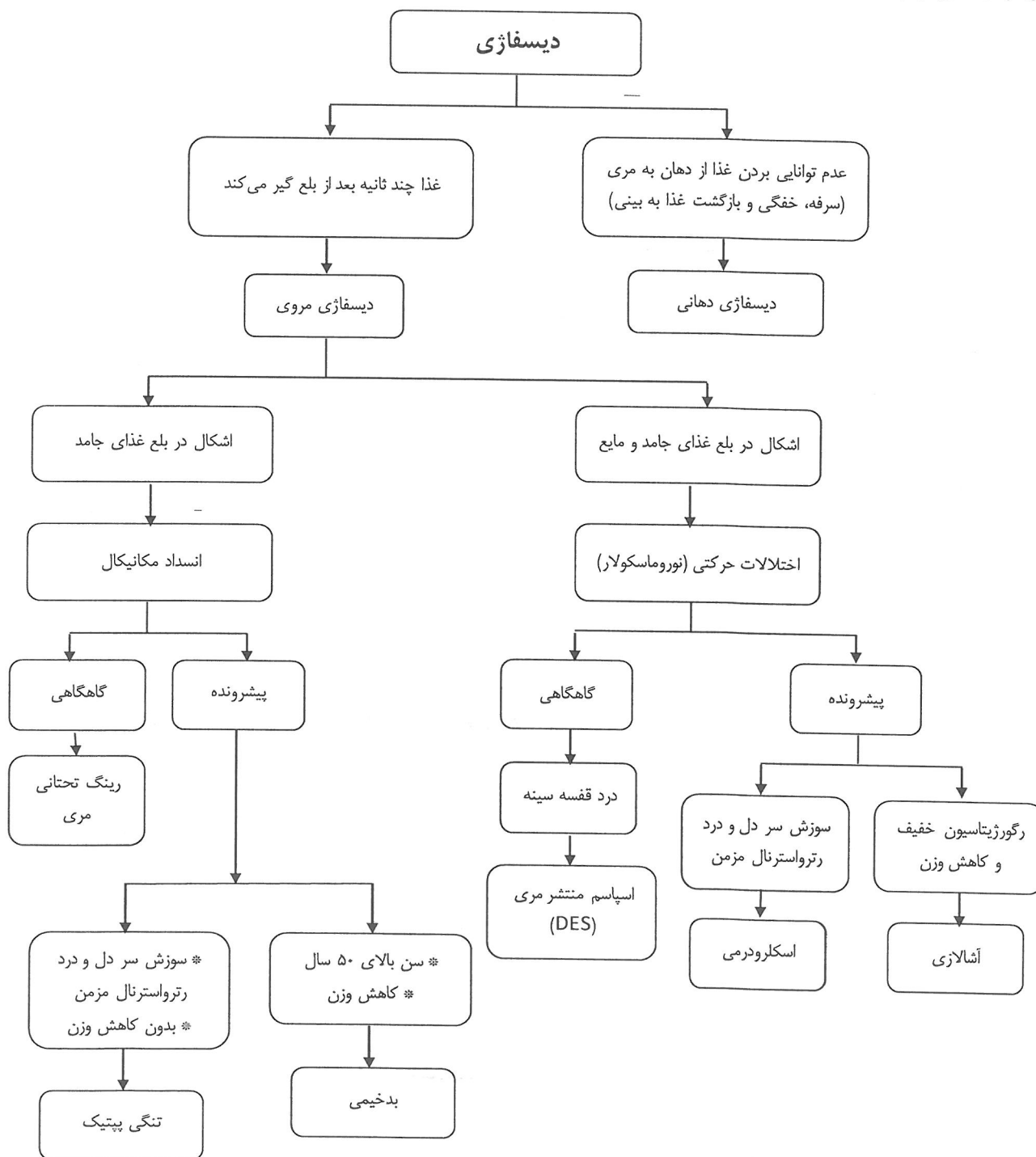
سؤال	۱	۲
پاسخ	ب	الف



دیسفاژی

دیسفاژی یعنی اختلال در بلع که به صورت احساس "چسبیدن لقمه یا غذا" یا حتی گیر کردن آن در قفسه سینه توصیف می‌شود.

الگوریتم خیلی مهم دیسفاژی رو ببین ☞



با سه تا سؤال مهم تو دیسفاژی به تشخیص می‌رسیم:

❖ دیسفاژی دهانی یا مروی؟

پاسخ ❖ دیسفاژی دهانی ❖ بیمار نمی‌تونه غذا رو بلعه و قورت بده و علائمی مثل سرفه، خفگی و برگشت غذا به بینی رو ذکر می‌کنه. مبتلایان به بیماری‌های عصبی مثل MS، سکته‌ی مغزی، ALS و بیماری‌های عضلانی مثل میاستنی گراویس و میوزیت‌ها دیسفاژی دهانی دارن.

❖ دیسفاژی مروی ❖ غذا بعد از بلعیدن گیر می‌کنه. که ادامه‌ی الگوریتم و سؤالات مربوط به این نوع دیسفاژی.

❖ فقط غذای جامد گیر می‌کنه یا مایعات هم گیر می‌کنن؟

❖ اگر فقط غذای جامد یا لقمه گیر می‌کنه ❖ انسداد مکانیکی یا اختلال ساختاری در مسیر مثل بدخیمی، تنگی پپتیک یا رینگ تحتانی مروی که باید با اندوسکوپی بررسی کنیم.

❖ اگر هم مایع هم جامد گیر می‌کنه ❖ اختلالات عصبی-عضلانی مروی (موتور دیسفاژی) که در پریستالتیسم مروی مشکل دارن مثل آشلازی، اسکرودرمی یا اسپاسم منتشر مروی (Diffuse esophageal spasm / DES) که باید با ابزارهایی مثل بلع باریم، مانومتري و در آخر در صورت نیاز اندوسکوپی بررسی کنیم.

❖ پیشرونده‌س یا گاه‌گاهی؟

پاسخ ❖ دیسفاژی مروی‌ای که فقط به جامدات باشه ❖ مکانیکاله که دو حالت داره :
۱- گاه‌گاهی ❖ رینگ تحتانی مروی ❖؛ مریض میاد میگه دو ماهه بعضی اوقات که داره غذای سفت مثل نون یا استیک میخوره، لقمه گیر می‌کنه. ❖ حلقه‌های مروی دو نوع ❖

❖ A یا شاترکی رینگ: از عضلات مروی منشأ می‌گیره و به همین دلیل قطر مروی به کمتر از ۱۳ میلی‌متر می‌رسه و مشکلات جدی‌ای از قبیل سندرم steakhouse یا گیر افتادن غذا و گوشت در مروی ایجاد می‌کنه. از علائم مهمش دیسفاژی متناوب به جامداته.

❖ B ❖ از محل جانکشن مخاط سنگفرشی-استوانه‌ای منشأ می‌گیره و معمولاً بدون علامته.

۲- پیشرونده‌س ❖ دوتا تشخیص بیشتر نداره: یا بدخیمیه یا تنگی پپتیک.

پاسخ ❖ اگر سن بیمار بالای ۵۰ سال باشه و کاهش وزن داشته باشه ❖ بدخیمی ❖ یادت باشه بدخیمی‌های مروی معمولاً در ۱/۳ میانی مروی هستن و شکایت اصلی بیمار بلع دردناک یا ادینوفازی.

❖ اگر به صورت مزمن سوزش سر دل بدون کاهش وزن داشته باشه ❖ تنگی پپتیک.

۳ آقای ۷۰ ساله مدت ۲ ماه است که دچار مشکل در ابتدای بلع نسبت به جامدات و مایعات شده به نحوی که هنگام بلع دچار سرفه، احساس خفگی و برگشت غذا و مایعات به بینی می‌شود. محتمل‌ترین علت این دیسفاژی کدام است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶ - قطب تهران)

الف Web مری

ب CVA ساقه‌ی مغز

ج آدنوکارسینومای مروی

د آشلازی

۴ بیماری ۴۰ ساله/ با شکایت دیسفاژی متناوب نسبت به جامدات از مدت‌ها قبل/ بدون کاهش اشتها و کاهش وزن/ همراه با معاینات نرمال. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴ - قطب کرمان)

الف Lower esophageal ring

ب Diffuse esophageal spasm

ج Scleroderma

د Peptic stricture

۵ خانمی ۵۰ ساله با شکایت دیسفاژی به جامدات و کاهش وزن از ۲ ماه قبل مراجعه کرده است که از ۲ هفته پیش قادر به بلع مایعات نیز نیست. محتمل‌ترین تشخیص چیست؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۶ - قطب آزاد)

الف آشلازی

ب اسپاسم منتشر مروی

ج کانسر مروی

د ریفلاکس

سؤال	۳	۴	۵
پاسخ	ب	الف	ج



۶ بیمار خانم ۳۵ ساله / برگشت غذا و احساس دیسفاژی به مایعات و جامدات و کاهش وزن در دو سال اخیر / در بررسی با باریم: مری دیلاته با سطح مایع - هوا همراه با باریک‌شدگی دیستال مری / در مانومتري: افزایش فشار اسفنگتر تحتانی با عدم پریستالتیسم تنه مری و عدم ریلکسیشن اسفنگتر تحتانی با بلع / محتمل‌ترین بیماری کدام است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۹ - کشوری)

ا تنگی ناشی از ریفلاکس مزمن

ب اسکرودرمی

ج آشالازی

د اسپاسم منتشر مری

۷ دیسفاژی مروی‌ای که هم به جامد هم مایع باشد عصبی - حرکتیه که بازم دو حالت داره:

۱- گاه‌گاهی اسپاسم منتشر مری (DES). بیمار درد قفسه سینه رو هم میگه.

۲- پیشروندهس دوتا تشخیص بیشتر نداره: یا اسکرودرمی یا آشالازی

اگر همراه با سوزش سر دل مزمن باشد اسکرودرمی.

اگر همراه با کاهش وزن و برگشت غذا به دهان باشد آشالازی.

پاتولوژی آشالازی در تخریب نورون‌های گانگلیونی شبکه‌ی میاتریک است که LES در هنگام بلع شل نمیشه و فشارش بالا می‌مونه.

علائم بالینی اختلالات عصبی - حرکتی

۸ برای افتراق دیسفاژی‌های عصبی - حرکتی از هم می‌تونیم از علائم

بالینی و نتایج بررسی‌های کلینیکی استفاده کنیم. جدول رو ببین

۷ آقای ۳۰ ساله / بدون ریسک فاکتور قلبی / دیسفاژی متناوب نسبت به جامدات و مایعات همراه با درد قفسه سینه‌ی گهگاهی از یک سال قبل / نرمال بودن بررسی از نظر بیماریهای قلبی و ۲ نوبت اندوسکوپی فوقانی / Multiple simultaneous contraction در بلع باریم و مانومتري مری. محتمل - ترین تشخیص؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶ - قطب اهواز)

ا آشالازی

ب ازوفازیت انوزینوفیلیک

ج کانسر مری


د اسپاسم منتشر مری


بیماری	علائم و نشانه‌های بالینی	نتایج مانومتري	نمای رادیوگرافیک در باریوم سوالو
آشالازی	دیسفاژی پیشرونده به جامد و مایع، ریگورژیتاسیون محتوای غیراسیدی، مری دیلاته	High resting pressure LES یعنی فشار دریچه تحتانی مری هنگام استراحت هم بالا می‌مونه و هنگام بلع شل نمیشه همچنین مری دارای انقباضات همزمان با دامنه‌ی کم پس از بلع است.	نمای دیستال مری به صورت منقار پرند (bird beak)
اسکرودرمی	دیسفاژی پیشرونده به جامد و مایع، رفلاکس معده به مری، تنگی پیپتیک و ازوفازیت	Low resting pressure LES یعنی فشار LES هنگام استراحت کم شده و برعکس آشالازی همش شله، همچنین ۲/۳ دیستال مری پریستالتیسم نداره یا ضعیف و کم دامنه است.	-
اسپاسم منتشر مری (DES)	دیسفاژی گاه‌گاهی به جامد و مایع، درد قفسه سینه ساباسترنال	Normal pressure LES (پاتولوژی اصلی این بیماران تنه مری است نه در LES) انقباضات همزمان و منتشر غیرپریستالتیک با دامنه‌ی طبیعی یا بالا در تنه مری	-

سؤال	۶	۷		
پاسخ	ج	د		




پاسخ تشخیص دیسفاژی‌ها

حالا که علائم رو میدونی، ابزار تشخیصی هر دیسفاژی رو هم باید بدونی

❖ اگر به دیسفاژی مکانیکی و انسداد شک داری (تنگی، تومور، ) اندوسکوپی






❖ اگر به دیسفاژی عصبی - حرکتی شک داری (آشالازی، اسپاسم منتشر مری)  رادیوگرافی مری با بلع باریم و ویدئوفلوروسکوپی مری هنگام بلع. گاهی پس از رادیوگرافی، مانومتري مری هم انجام میدن. حتما باید با اندوسکوپی التهاب و بدخیمی رو هم رد کنی، چون می‌تونن علائمی مثل آشالازی و DES داشته باشن. خانمی که با شکایت دیسفاژی به جامدات و مایعات مراجعه کرده یعنی دیسفاژی عصبی - حرکتی داره، که همراه با کاهش وزن ، ما رو به آشالازی هدایت می‌کنه. برای تشخیص آشالازی به ترتیب باریم سوالو، مانومتري و اندوسکوپی انجام میدیم. همبطنور گرافی قفسه سینه می‌تونه تو تشخیص ضایعات فشارنده به مری کمک کنه. ولی PH متری برای تشخیص GERD بود، کاربردی در دیسفاژی نداره.


پاسخ ازوفازیت


ازوفازیت یا التهاب مری به صورت دردی در ناحیه مریه که به پشت تیر می‌کشه و می‌تونه همراه با دیسفاژی و اودینوفازی باشه. دلایل مختلفی داره  ریفلاکس  ناشی از مصرف قرص  به دنبال عفونت‌هایی مثل کاندیدا، CMV و هرپس سیمپلکس


در سؤال مقابل بیمار دچار ازوفازیت ناشی از مصرف قرص شده که شایع‌ترین آن همراه با تتراسایکلین است. مصرف NSAID، آلدرونا، بیس فسفونات، فروس سولفات و فرآورده‌های پتاسیم هم می‌تواند علت ازوفازیت باشد. برای درمان این بیماران چهار راهکار داریم:

- ❖ درمان علامتی
- ❖ استفاده از فرآورده‌های موضعی نظیر لیدوکائین
- ❖ مصرف آب فراوان همراه قرص
- ❖ پرهیز از خوابیدن پس از خوردن قرص

پاسخ  ازوفازیت ائوزینوفیلیک: یکی از تشخیص افتراقی‌های رینگ مری، که نوعی واکنش افزایش حساسیت تاخیری نسبت به آلرژن‌های غذایی یا خارج گوارشی است. این بیماری با دیسفاژی متناوب غیرپیشرونده به جامدات (مهم‌ترین علامت)، تهوع، درد قفسه سینه و سوزش سر دل بروز کرده که باید با شک به عارضه‌ی مکانیکی، اندوسکوپی کنیم:  نتایج ماکروسکوپی اندوسکوپی  باریک‌شدگی یکنواخت قطر لومن مری + شیار (furrow) مخاطی + کنگره‌های (corrugation) منفرد یا متعدد + تنگی (stricture) در مری.  نتایج بیوپسی در اندوسکوپی (تشخیص قطعی ازوفازیت ائوزینوفیلیک)  انفیلتراسیون ائوزینوفیل در حد ۱۵ تا ۲۰ در هر HPF در زیرمخاط مری.

 درمان ۱- خط اول: PPI دو بار در روز، در صورت عدم پاسخ به ترتیب سراغ: ۲- کورتیکواستروئید موضعی (اسپری فلوتیکازون)، ۳- کورتیکواستروئید سیستمیک.

پاسخ  اودینوفازی یا بلع دردناک بیشتر در ازوفازیت ناشی از مصرف قرص و عفونی شایعه و زیاد ربطی به ازوفازیت ناشی از ریفلاکس نداره. برای تشخیص علت اودینوفازی در حالت متوسط اندوسکوپی و در موارد شدید رادیوگرافی بلع باریم کمک می‌کنه.

 تست تمرینی منتظره

۸ خانمی ۳۶ ساله / با دیسفاژی به جامدات و مایعات از دو سال قبل و کاهش وزن خفیف / بدون ضایعه‌ی مخاطی در مری و معده در اندوسکوپی. جهت تشخیص بیمار کدام یک از اقدامات زیر را توصیه نمی‌کنید؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۴ - قطب مشهد)

الف) مانومتري

ب) گرافی ساده قفسه صدری

ج) باریم سوالو

د) pH متری

۹ فردی به دلیل درد در ناحیه‌ی اپی‌گاستر که به پشت کشیده می‌شود مراجعه کرده است. بیمار به دلیل فشار خون بالا و یوکی استخوان، جدیداً داروی آملودیپین و آلدرونا استفاده می‌کند و سابقه مصرف آسپرین و مسکن را نمی‌دهد. او یک نوبت استفراغ خفیف را ذکر می‌کند. بعد از اندوسکوپی بررسی مربوط به هلیکوباکتر پیلوری منفی است. محتمل‌ترین تشخیص چیست؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۴ - قطب شیراز)

الف) ازوفازیت مری

ب) زخم معده

ج) زخم دوازدهه

د) پانکراتیت

۱۰ بیمار آقای ۳۶ ساله / دیسفاژی متناوب و غیرپیشرونده به جامدات طی دو ماه اخیر / در نمونه‌ی حاصل از مری بیمار، بیش از ۲۰ ائوزینوفیل در هر فیلد میکروسکوپی گزارش شد. درمان مناسب در این مرحله کدام است؟ (پره‌انترنی خرداد ۹۸ - میان‌دوره‌ی کشوری)

الف) مهارکننده‌ی پمپ پروتون

ب) کورتیکواستروئید استنشاقی

ج) بکلوفن خوراکی

د) مهارکننده‌ی هیستامین ۲

۱۱ خانم ۲۵ ساله / با درد اپی‌گاستر و درد هنگام بلع از دو ماه قبل / بدون استفراغ / بدون سابقه‌ی خانوادگی کانسر گوارشی / معاینات نرمال. اقدام مناسب؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۳ - قطب آزاد)

الف) اندوسکوپی گوارش فوقانی

ب) تست تشخیصی هلیکوباکتر پیلوری

ج) درمان با امپرازول

د) درمان با دومپریدون

سؤال	۸	۹	۱۰	۱۱
پاسخ	د	الف	الف	الف



عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
زخم پپتیک و هلیکوباکتر پیلوری	فیلی مهم	۴

- ۱ گزینه صحیح کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۵ - قطب شیراز)
- ا در زخم معده، ترشح اسید معده کم می‌شود.
- ب در زخم دوازدهه، ترشح بیکربنات در دوازدهه زیاد می‌شود.
- ج اکثریت مبتلایان به عفونت H.Pylori به زخم پپتیک مبتلا می‌گردند.
- د در کشورهای در حال پیشرفت، خطر ابتلا به H.Pylori در حال افزایش می‌باشد.

بیماری زخم پپتیک (PUD / Peptic Ulcer Disease) به دو نوع زخم معده (GU / Gastric Ulcer) و زخم دئودنوم (DU / Duodenal Ulcer) تقسیم می‌شود. زخم‌ها به صورت آسیب مخاطی به قطر بیش از پنج میلی‌متر هستند که تا زیر مخاط رو درگیر می‌کنند. درد سوزشی اپیگاستر علامت شایع بیماری زخم پپتیکه، سه عامل اصلی در بیماری زایی زخم پپتیک، عفونت هلیکوباکتر پیلوری، مصرف NSAID و اسید معده است.

به سه ویژگی مهم زخم‌های پپتیک در جدول دقت کن!

نوع زخم پپتیک	سطح ترشح اسید پایه	احتمال بدخیمی	احتمال همراهی با هلیکوباکتر پیلوری	محل شایع
دئودنال اولسر DU	افزایش	کم؛ معمولاً خوش‌خیم	بیشتر. چون سطح پایه‌ی اسید را افزایش می‌دهد	در سه سانتی‌متری پیلور
گاستریک اولسر GU	طبیعی یا کاهش	بدخیم به خصوص در ناحیه‌ی فوندوس در آنتروم معده معمولاً خوش‌خیم	کمتر	-

عوارض زخم پپتیک

سه عارضه‌ی مهم زخم پپتیک چنان؟

خون‌ریزی گوارشی

سوراخ‌شدگی (پرفوریشن): در اثر پرفوریشن، بستر زخم به عضو مجاور نفوذ می‌کند. دئودنال اولسر اغلب به لوزالمعده (پانکراس) نفوذ می‌کند ولی گاستریک اولسر اغلب به لوب چپ کبد راه می‌یابد. بیمار در این حالت با درد ناگهانی شکم و علائم تحریک پریتون در معاینه و شکم خیلی سفت یا board-like مراجعه می‌کند که در گرافی، شاهد هوای آزاد زیر دیافراگم خواهیم بود. اینجاست که اینترن جراحی فیکس مریض میشه تا مریض برسه به اتاق عمل (۱۰)

که تا حالا یه مریض پریتونیت از نزدیک دیدی؟! اگه رفتی تو اورژانس دیدی یه مریضی میگه درد شکمش دائمیه و تو تختش بی حرکت افتاده، بدون پریتونیت کرده. چون حرکت کردن یا حتی عطسه و سرفه تو اینا باعث تحریک پریتون و درد خیلی شدید میشه. شکمشون هم که گفتیم تو معاینه به علت اسپاسم عضلات مثل تخته‌اس (board-like abdomen).

- ۲ مردی ۴۰ ساله با سابقه‌ی درد معده از ۴ سال پیش اخیراً بعد از غذا دچار سیری زودرس می‌گردد و چند ساعت بعد از غذا، استفراغ حاوی مواد غذایی خوب هضم نشده دارد. ۷ کیلوگرم کاهش وزن داشته است. کدام یک از عوارض زخم پپتیک مطرح است؟ (پره‌انترنی اردیبهشت ۹۶ - میان‌دوره کشوری)

- ا Penetration
- ب Perforation
- ج Gastric Outlet Obstruction
- د Fistula Formation

سؤال	۱	۲
پاسخ	الف	ج

✎ انسداد خروجی معده (ناشایع‌ترین عارضه): مریضی با سابقه‌ی زخم پپتیک که جدیداً از سیری زودرس، تهوع، استفراغ و کاهش وزن شکایت دارد.

تشخیص زخم پپتیک ✎ اولین آزمون استاندارد تشخیصی رادیوگرافیه (Barium Study) ولی حواستون باشه که حساسیت رادیوگرافی در یه سری موارد پایینه و ممکنه زخم رو تشخیص نده. به همین دلیل جناب هاریسون حساس‌ترین و اختصاصی‌ترین روش تشخیص زخم پپتیک رو اندوسکوپی می‌دونه.

✎ تشخیص H.Pylori ✎ روش‌های تشخیصی هلیکوباکتر پیلوری به دو دسته‌ی تهاجمی و غیر تهاجمی تقسیم میشن:

✎ تست‌های تهاجمی ✎ نیازمند انجام اندوسکوپی و بیوپسی هستن مانند کشت، هیستولوژی و Rapid Urease Test.

✎ تست‌های غیر تهاجمی ✎ سرولوژی، تست تنفسی اوره از (Urease Breath Test/ UBT) و تست آنتی‌ژن مدفوع.

✎ هلیکوباکتر پیلوری ریسک چهار بیماری را افزایش می‌دهد:

- ✎ گاستریت ✎ لنفوم MALT (بافت لنفاوی مخاط معده)
- ✎ آدنوکارسینوم معده ✎ زخم پپتیک: بیشتر زخم دژدونوم.

✎ که دیس‌پپسی: همونطور که قبلاً تو فصل اندوسکوپی یه اشاره‌ی کوچولو کردیم، دیس‌پپسی یا احساس درد و ناراحتی یا پُری در مریه که یکی از تظاهرات بیماری‌های گوارشی از جمله GERD و زخم پپتیکه. یک اپروچ خیلی ساده به دیس‌پپسی داریم:

✎ سن زیر ۴۰ سال و بدون علامت خطر ✎ بررسی وجود عفونت هلیکوباکتر پیلوری با تست‌های غیر تهاجمی. که دو حالت داره:

✎ اگر نتیجه مثبت بود ✎ ریشه‌کنی عفونت هلیکوباکتر پیلوری و پیگیری بیمار.

✎ اگر نتیجه منفی بود ✎ درمان تجربی آنتی‌اسید و انجام اندوسکوپی در صورت عدم پاسخ به درمان

✎ سن بالای ۴۰ سال یا حضور علائم خطر ✎ انجام اندوسکوپی و بیوپسی جهت رد بدخیمی و هلیکوباکتر پیلوری، که باز هم مثل بالا دو حالت داره:

✎ اگر نتیجه از نظر H.Pylori مثبت بود ✎ ریشه‌کنی عفونت هلیکوباکتر پیلوری و پیگیری بیمار

✎ اگر نتیجه از نظر H.Pylori منفی بود ✎ درمان تجربی آنتی‌اسید و پیگیری بیمار.

۲ آقای ۶۰ ساله‌ای با درد اپی گاستر که اخیراً شروع شده به کلینیک گوارش مراجعه و تحت آندوسکوپی فوقانی قرار می‌گیرد و در آندوسکوپی اریتم آنتر دارد که تحت بیوپسی قرار می‌گیرد و H.Pylori مثبت گزارش می‌شود. وجود این عفونت در بیمار فوق با ایجاد موارد زیر در آینده ارتباط دارد، بجز؟ (پره‌اترنی شهرپور ۹۳ - قطب تبریز)

- الف) زخم پپتیک معده
- ب) لنفوم مالت معده
- ج) آدنوکارسینوم معده
- د) لیپوم معده

۴ خانم ۲۱ ساله‌ای با سوءهاضمه (Dyspepsia) مراجعه کرده است. وی از درد اپی گاستر شاکی است. اما کاهش وزن، استفراغ مکرر، دیسفاژی و خونریزی گوارشی ندارد. سابقه‌ی فامیلی سرطان‌های گوارشی را ذکر نمی‌کند. در آزمایشات آنمی ندارد. در معاینه‌ی شکم توده‌ای به دست نمی‌خورد. در این مرحله کدام اقدام جهت وی باید صورت گیرد؟ (پره‌اترنی شهرپور ۹۶ - قطب اهواز)

- الف) بررسی عفونت هلیکوباکتر پیلوری و درمان بر آن اساس
- ب) درمان تجربی با مهارکننده‌های پمپ پروتون
- ج) CT اسکن شکم
- د) آندوسکوپی فوقانی

سؤال	۳	۴		
پاسخ	د	الف		



علائم خطر چیان؟

- کاهش وزن
- استفراغ مکرر
- دیسفاژی
- خونریزی گوارشی
- توده شکمی یا بدخیمی فامیلی گوارشی
- شواهدی از آنمی یا زردی

درمان زخم پپتیک

بعد از اینکه ثابت کردیم بیمارمون زخم پپتیک داره، برای درمان ابتدا باید مشخص کنیم این زخم به دنبال عفونت هلیکوباکتر پیلوریه یا مصرف NSAID.

اگر از نظر هلیکوباکتر پیلوری مثبت باشه بدون توجه به اینکه به NSAID مربوطه یا نه، درمان ریشه‌کنی هلیکوباکتر رو تجویز شروع می‌کنیم.

درمان ریشه‌کنی خط اول هلیکوباکتر پیلوری یک دوره‌ی ۱۴ روزه است. رژیم استاندارد آن رژیم سه دارویی کلاریترومایسین یعنی «PPI + دو تا آنتی‌بیوتیک یعنی کلاریترومایسین + آموکسی‌سیلین یا مترونیدازول» است. البته به عنوان جایگزین میتونیم از رژیم چهار دارویی بیسموت یعنی «PPI + بیسموت یا سالیسیلات + تتراسایکلین + مترونیدازول یا تینیدازول» هم استفاده کنیم. از این رژیم چهار دارویی بیسموت می‌تونیم در صورتی که بیمار هم حساسیت به پنی‌سیلین و هم سابقه‌ی مصرف اخیر ماکرولید (آزیترومایسین) داشت، استفاده کنیم.

بعد از پایان دوره‌ی درمان باید ریشه‌کنی هلیکوباکتر رو اثبات کنیم.

بهترین تست برای اثبات ریشه‌کنی هلیکوباکتر پیلوری، تست تنفسی اوره‌آز (UBT) چهار هفته پس از درمانه. اگر این تست در دسترس نباشه از تست آنتی‌ژن‌های مدفوع استفاده می‌کنیم. یادت باشه تست سرولوژی برای اثبات ریشه‌کنی باکتری اصلاً کارآمد نیست. چون تیتراژ آنتی‌بادی آروم آروم کم میشه یعنی ممکنه باکتری ریشه‌کن شده باشه ولی همچنان تست سرولوژی مثبت باشه. البته تست سرولوژی برای تشخیص اولیه خوبه‌ها.

اگر زخم پپتیک بیمارمون مثل این آقا از نوع زخم معده باشه به خاطر احتمال بدخیمی خیلی بالا در زخم، بعد از ریشه‌کنی هلیکوباکتر پیلوری یا حتی درمان آنتی‌اسید برای زخم معده باید اندوسکوپی کنیم و بیوپسی بگیریم.

۵ در بیماری که به علت Dyspepsia تحت آندوسکوپی فوقانی قرار گرفته است و به علت عفونت هلیکوباکتر پیلوری درمان آنتی‌بیوتیک دریافت کرده است، کدام یک از گزینه‌های زیر برای اثبات ریشه‌کنی هلیکوباکتر پیلوری فاقد ارزش است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۹ - کشوری)

ا تست آنتی‌ژن هلیکوباکتر پیلوری در مدفوع

ب تست اوره‌آز سریع از بیوپسی

ج تست تنفسی اوره‌آز با کربن نشان‌دار

د Rapid urease بررسی آنتی‌بادی‌های ضد

هلیکوباکتر پیلوری در سرم

۶ آقای ۵۰ ساله / شکایت دیس‌پپسی / آندوسکوپی: آن زخم بزرگ ۲×۱ cm در ناحیه‌ی تنه معده / بیوپسی‌های متعدد از زخم شواهد بدخیمی نداشته، اما هلیکوباکتری پیلوری مثبت بود. درمان ریشه‌کنی چهار دارویی به مدت دو هفته و سپس پنتوپرازول به مدت یک ماه دریافت کرد. اکنون بیمار مراجعه کرده است و شکایت خاصی ندارد. اقدام مناسب کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۹ - کشوری)

ا تست تنفسی H پیلوری جهت اثبات ریشه‌کنی

ب سرولوژی H پیلوری جهت اثبات ریشه‌کنی

ج آندوسکوپی مجدد و بیوپسی متعدد

د ادامه درمان با پنتوپرازول به مدت دو ماه

دیگر

سؤال	۵	۶
پاسخ	د	ج

پس ۷ ریشه‌کنی هلیکوباکتر فقط در دو مورد ضرورت دارد:

✎ زخم پپتیک ✎ لنفوم معده

البته در بیمارانی هم که ریسک کانسر معده دارند، مانند افرادی که اقوام درجه یک آن‌ها سرطان معده داشته‌اند، توصیه به ریشه‌کنی هلیکوباکتر پیلوری شده است. بیماران با ریسک خطر پایین نیازی به درمان ندارند زیرا احتمال ایجاد سویه‌های مقاوم به آنتی‌بیوتیک وجود دارد و ایجاد سویه‌های مقاوم به آنتی‌بیوتیک شایع‌ترین علت شکست درمان h.pylori در بیماران است. پس بهونه نمیدیم دست باکتری! تو این سؤال فقط آقای گزینه‌ی الف ضرورتی برای ریشه‌کنی نداره.

پس ۸ که داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی مثل آسپرین باعث افزایش ریسک زخم پپتیک میشن. چرا؟ چون پروستاگلاندین نقش مهمی در حفظ سلامت مخاط و همچنین ترمیم اون توی دستگاه گوارش داره. این داروها پروستاگلاندین رو مهار می‌کنن پس عامل حفاظتی رو از بین می‌برن و زمینه رو برای ایجاد زخم پپتیک فراهم می‌کنند.

یک سری ریسک فاکتورها به صورت قطعی یا احتمالی خطر NSAID ها رو در ایجاد بیماری گوارشی زیاد می‌کنن.

✎ ریسک فاکتورهای قطعی:

✎ سن بالا

✎ بیماری شدید یا بیماری چند سیستمی.

✎ سابقه زخم پپتیک

✎ مصرف همزمان گلوکوکورتیکوئیدها

✎ دوز بالای NSAID

✎ مصرف چند NSAID

✎ استفاده همزمان از داروهای ضد انعقاد مثل وارفارین یا مصرف کلویدوگرل

✎ ریسک فاکتورهای احتمالی:

✎ عفونت هلیکوباکتر پیلوری ✎ مصرف الکل ✎ سیگار

☞ سه حرف اول خود کلمه "احتمالی" رمزشه ☞ الف: الکل، ح: هلیکوباکتر!، ت: تنباکو

برای درمان زخم فعال ناشی از NSAID در صورتی که بیمار بتواند NSAID رو

قطع کرده و PPI و H2 blocker تجویز می‌کنیم. ولی در صورت لزوم ادامه‌ی

مصرف NSAID، تنها داروهای PPI مثل امپرازول تو بهبود زخم تأثیر دارن.

۷ در کدام یک از بیماران زیر ریشه‌کنی

هلیکوباکتر پیلوری را توصیه نمی‌کنید؟ (پره‌انترنی

اسفند ۹۴ - قطب اصفهان)

ا) آقای ۵۰ ساله با ریفلاکس اسید معده

ب) خانم ۲۵ ساله با سابقه کانسر معده در پدر

ج) آقای ۶۵ ساله با لنفوم معده مالتوما

د) خانم ۱۹ ساله با زخم دوازدهه

۸ بیمار خانم ۷۰ ساله‌ای که به دلیل استئوآرتریت

تحت درمان با NSAIDS می‌باشد. کدام یک از موارد

زیر ریسک فاکتور مهم‌تری برای ایجاد عوارض

گوارشی NSAIDS در بیمار فوق می‌باشد؟ (پره‌انترنی

اسفند ۹۴ - قطب کرمان)

ا) عفونت با هلیکوباکتر پیلوری

ب) کشیدن سیگار

ج) مشروبات الکلی

د) مصرف همزمان وارفارین



سؤال	۷	۸	
پاسخ	الف	د	



۹ درمان طولانی مدت نامحدود با PPI در بیماری

که به علت خونریزی گوارشی ناشی از اولسر بستری گردیده است، در کدام یک از موارد ذیل توصیه می‌شود؟ (پره‌اترنی شهریور ۹۵ - قطب اهواز)

ا در بیمار با عفونت H.Pylori

ب در بیماری که اخیراً به صورت موقت، به علت درد زانو بروفن مصرف کرده است.

ج در بیماری که زخم خونریزی دهنده دارد و H.Pylori منفی است و NSAID نگرفته است.

د در خونریزی ناشی از مالوری ویس

بیماری که در برخورد با زخم‌های گوارشی خونریزی دهنده سه حالت وجود دارد:

۱ اگر زخم ناشی از H.Pylori باشد ۲ درمان ریشه‌کنی عفونت هلیکوباکتر را شروع می‌کنیم.

۳ اگر زخم ناشی از مصرف NSAID باشد ۴ مصرف دارو قطع شود. اگر امکان قطع مصرف دارو نبود، درمان باید با تجویز یک مهارکننده‌ی انتخابی سیکلواکسیژناز ۲ (COX-2) همراه با یک PPI شروع شود.

بیماران قلبی - عروقی که با مصرف دوز پایین آسپرین دچار خونریزی از زخم پتیک شده‌اند باید هرچه زودتر پس از اتمام خونریزی، مصرف آسپرین را آغاز کنند (ظرف مدت ۷ روز یا کمتر).

۵ بیماران که زخم خونریزی دهنده در آن‌ها مرتبط با H.Pylori یا NSAIDs نباشد ۶ باید برای زمان نامحدود تحت درمان با PPI باشند. پس جواب این سوال میشه گزینه جیم.

۱۰ شایع‌ترین علت گاستروپارزی چیست؟

(پره‌اترنی شهریور ۹۴ - قطب اهواز)

ا بیماری زخم پتیک

ب هیپوتیروئیدی

ج دیابت

د سرطان معده

بیماری که گاستروپارزی یا فلج حرکتی معده! به علت تخریب اعصاب کنترل کننده‌ی عضلات معده ایجاد میشه که شایع‌ترین علت دیابتیه. علت شایع بعدیش جراحی‌های مری و معده است که آسیب غیر عمدی عصب واگ توش فراوونه! ۱۱ که شایع‌ترین ارگان گرفتار در لنفوم غیرهوچکین (NHL) خارج لنفاوی هم معده است.

۱۲ به پای اینکه استوری آفر نقی رو پک کنی برو سر وقت تست تمرینی!

در این دنیا نه فوشبفتی هست و نه پربفتی!

فقط قیاس یک حالت با هالتی دیگر است...

تنها کسی که در احلای پربفتی را شناخته باشد، می‌تواند در اعلاهی فوشبفتی را نیز درک کند...

می‌بایست انسان خواسته باشد بمیرد، تا بداند زنده بودن چقدر فوب است...

پس زندگی کنید و فوشبفت باشید...

هرگز فراموش نکنید که تا روزی که فراوند بفواهد آینده‌ی انسان را آشکار کند،

همه‌ی شناخت انسان در دو کلمه فلامه می‌شود: انتظار کشیدن و امیدوار بودن...


#الکساندر دوم

سؤال	۹	۱۰		
پاسخ	ج	ج		


عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
گاسترینوما و زولینگر الیسون	غیر مهم	.


پس گاسترینوما به دنبال آزادسازی کنترل نشده‌ی گاسترین از یک تومور درون ریز غیر سلول بتا ایجاد می‌شود. تظاهرات شایع بالینی آن زخم پپتیک و اسهال مزمن است.

علائم بالینی گاسترینوما:


 وجود زخم در مناطق غیرمعمول (قسمت دوم دوازدهه و پس از آن)

 زخم مقاوم به درمان طبی استاندارد


 عود زخم پس از جراحی کاهنده اسید


 زخم‌هایی که در غیاب عفونت هلیکوباکتر پیلوری یا مصرف NSAID ایجاد شده‌اند.

تشخیص گاسترینوما با اندازه‌گیری میزان گاسترین سرمی و میزان ترشح اسید معده گذاشته می‌شود که هر دو بیشتر از حد طبیعی.

 کجا؟ کجا؟ پرو ۳ تا سوال تست تمرینی رو بزن ببینم!

۱ بیمار آقای ۲۹ ساله با سابقه طولانی مدت درد اپی گاستر و اسهال تحت آندوسکوپی فوقانی قرار گرفته است که اولسرها متعدد در قسمت اول دئودنوم گزارش شده است. علی رغم ریشه‌کنی هلیکوباکتر پیلوری و مصرف PPI با دوز بالا به مدت دو ماه، بهبود واضح بالینی و آندوسکوپی نداشته است. اقدام مناسب بعدی عبارت است: (پره‌اترنی اسفند ۹۳ - قطب مشهد)

 سونوگرافی شکم

 اندازه‌گیری سطح سرمی هیدروکسی ایندول استیک اسید

 اندازه‌گیری سطح سرمی گاسترین

 بررسی مری، معده، اثنی عشر با باریوم

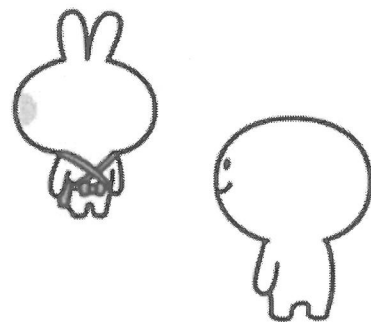
اگر یک سوال باشد،

که من از آن وحشت داشته باشم، سوالی که هرگز نتوانسته باشم

به آن جواب رضایتبخشی بدهم، آن سوال این است:

که دارم چه کار می‌کنم...؟

سامونل بکت



سوال	۱
پاسخ	ج



عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
اختلالات جذب	غیر مهم	۳

اغلب اختلالات جذب خود را با استئاتوره (اسهال چرب) نشان می‌دهند. این اختلال به دنبال کاهش جذب روده‌ای یک یا چند ماده‌ی مغذی ایجاد می‌شود؛ پس بررسی کولون با کولونوسکوپی یا غیره کمکی به تشخیص این بیماری نمی‌کند.

بیماری سلیاک (آنتروپاتی حساس به گلوتن اسپروی غیر گرمسیری)

بیماری سلیاک به دنبال حساسیت به جزء گلیادین گلوتن ایجاد می‌شود که در گندم، جو و چاودار وجود دارد. نقش سیستم ایمنی در پاتوژنز سلیاک بسیار برجسته است.

علائم روده‌ای سلیاک:

نفخ ☐ اسهال مزمن یا بدون استئاتوره ☐

عدم تحمل لاکتوز ☐ کاهش وزن ☐

علائم خارج روده‌ای سلیاک:

کم‌خونی فقر آهن ☐ استئوپنی و استئومالاسی ☐

ناباروری ☐ علائم عصبی ☐

سلیاک علاوه بر علائمی که گفتیم با یک سری بیماری‌ها هم همراهی دارد:

دیابت تیپ یک ☐

درماتیت هرپتی فرم (ضایعات پاپولووزیکولر پوستی خارش‌دار) ☐

سندرم داون ☐

سندرم ترنر ☐

تشخیص سلیاک

اول از همه از آزمایشات سرولوژیک سلیاک استفاده می‌کنیم مثل: آنتی‌بادی ضد آندومیزیوم، آنتی IgA گلیادین و آنتی Ttg (آنتی‌تینوگلوتامیناز). در کل هر بیماری با علائم مزمن گوارشی مثل این بیمار رو بهتره از نظر سلیاک بررسی کنیم.

اگر نتیجه سرولوژی مثبت شد، بیمار را تحت اندوسکوپی و بیوپسی قرار میدیم و اگر شواهد هیستولوژی به نفع سلیاک بود، تشخیص تأیید میشه. ولی باز هم مرحله‌ی سوم برای تأیید نهایی تشخیص ضروریه.

به بیمار رژیم غذایی فاقد گلوتن میدیم. اگر علائم از بین رفت یعنی بی‌برو برگرد مریض سلیاک داره.

- ۱ در بیمار با اسهال چرب کدام یک از اقدامات زیر کمترین ارزش را دارد؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴ - قطب تبریز)
- ا) آندوسکوپی و بیوپسی از مخاط روده کوچک
- ب) انجام رادیوگرافی روده کوچک
- ج) بررسی عملکرد برون‌ریز پانکراس
- د) انجام کولونوسکوپی و بیوپسی سیگنوئید

- ۲ مصرف کدام ماده‌ی غذایی در بیماری سلیاک مجاز است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۴ - قطب اهواز)
- ا) گندم
- ب) برنج
- ج) چاودار
- د) جو



- ۳ آقای ۲۴ ساله‌ای با شکایت درد شکم از هفت ماه قبل مراجعه کرده است. درد حالت منتشر بوده ولی پیشرونده نیست و اکثر مواقع با اسهال همراه است. بیمار علائم شبانه، کاهش وزن و کم‌خونی ندارد. کدام اقدام در این مرحله توصیه می‌شود؟ (پره‌انترنی خرداد ۹۸ - میان‌دوره‌ی کشوری)

- ا) بررسی بیش‌تر لازم نیست
- ب) کولونوسکوپی کامل و بیوپسی
- ج) تصویربرداری شکم با سی‌تی‌اسکن
- د) تست سری آنتی‌تینوگلوتامیناز

سؤال	۱	۲	۳
پاسخ	د	ب	د

پس خلاصه اینکه: سرولوژی ← اندوسکوپي ← بیوپسی ← تایید نهایی با رژیم غذایی فاقد گلوتن.

حالا اگه فرد رو توی رژیم عاری از گلوتن قرار بدیم ولی علائم همچنان باقی بمونه علت چی بوده؟ شایع‌ترین علتش ادامه مصرف گلوتن هست بدون اینکه خود بیمار متوجه باشه.

یافته‌های پاتولوژیک روده‌ی باریک در سلیاک

پرزهای کوتاه یا از بین رفته

ارتشاح سلول‌های تک هسته‌ای

هیپرتروفی چاله‌ها

که فقدان آل‌های HLA-DQ2 و HLA-DQ8 تشخیص سلیاک رو رد می‌کنه.

پس اگه فردی اینارو نداشت، قطعاً سلیاک نداره!

که مهم‌ترین عارضه‌ی سلیاک، بدخیمی (لنفوم) است.

بیماری اسپروی گرمسیری هم دقیقاً علامتهای بالینی سلیاک مثل اسهال

مزمّن و کاهش وزن و... رو داره. با این تفاوت که علتش عفونیه و برای درمانش از آنتی‌بیوتیک استفاده میشه. تا زمانی که در سه نمونه‌ی مدفوع پیپی، وجود کیست‌ها و تروفوزوئیت‌ها رد نشود، تشخیص اسپروی گرمسیری مطرح نمیشه.

که اسهال مزمّن از علائم شایع سلیاکه، که با چهار مکانیسم ایجاد میشه:

کمبود لاکتاز ثانویه

استئاتوره

ترشح درون‌زاد مایع

سوءجذب اسیده‌های صفرا

سندرم رشد بیش از حد باکتری‌ها (bacterial overgrowth):

سندرم رشد بیش از حد باکتری‌ها با علائم اسهال، استئاتوره، کم‌خونی

ماکروسیتی (آنمی مگالوبلاستیک) مشخص میشه.

آنمی مگالوبلاستیک در این بیماری به علت کمبود کوبالامین ایجاد میشه.

زیرا باکتری‌ها کوبالامین رو مصرف می‌کنن. پس در صورتی که در بیمار

سطح سرمی کوبالامین کاهش و سطح سرمی فولات افزایش یافته باشد،

تشخیص این سندرم مطرح میشه.

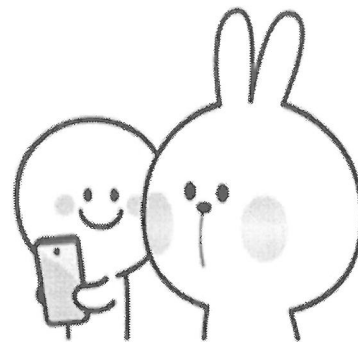
تشخیص سندرم رشد بیش از حد باکتری: سه راه برای تشخیصش هست

تست هیدروژن تنفسی

تجویز لاکتولوز

آزمون شیلینگ

درمان: تجویز آنتی‌بیوتیک به مدت یک هفته در ماه.



۴ بیمار خانم ۲۸ ساله / با نفخ شکم و درد گهگاهی /

در بررسی نهایی تشخیص سلیاک قطعی است. کدام یک از عوامل زیر مکانیزم ایجاد اسهال در این بیمار نمی‌باشد؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۳ - قطب تبریز)

Steatorrhea (الف)

Bacterial Overgrowth (ب)

Secondary Lactase Deficiency (ج)

Bile Acid Malabsorption (د)

۵ مرد ۳۷ ساله مورد اسکرودرمی از ۵ سال قبله

علت استئاتوره، نفخ و آنمی مگالوبلاستیک با سطح فولات سرمی افزایش یافته تحت بررسی است. کدام درمان برای کاهش علایم بیمار مناسب است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴ - قطب زنجان)

فولیک اسید (الف)

پروبیوتیک از خانواده باکترئید (ب)

آنتی‌بیوتیک برای یک هفته در ماه (ج)

کلستیرامین (د)

سؤال	۴	۵		
پاسخ	ب	ج		



- ۶ دانش آموز 17yr / اسهال، نفخ شکم و آنمی میکروسیستیک از ۶ ماه قبل / آزمایش مدفوع WBC و RBC و قطرات چربی ندارد / کاهش دفع ادراری D-xylose / عدم بهبود بعد از یک دوره درمان آنتی‌بیوتیکی قدم بعدی در این بیمار؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۵ - قطب تبریز)
- ا. چک الاستاز مدفوع
- ب. آسپیراسیون اثنی عشر جهت کشت
- ج. چک Anti TG و بیوپسی روده باریک
- د. CT اسکن پانکراس با کنتراست وریدی و خوراکی

پاسخ: تست دی‌گزیلوز: این آزمون نفوذپذیری و مساحت مخاط روده را نشان می‌دهد و نشان دهنده‌ی جذب مخاطی است. در سندروم رشد بیش از حد باکتری‌ها، نتیجه‌ی تست غیر طبیعی خواهد بود. اما در این حالت با تجویز آنتی‌بیوتیک تست طبیعی می‌شود. جواب این تست در سلایک هم که یک اختلال جذبی است، غیرطبیعی خواهد بود.

- ۷ کدام یک از علائم زیر در کمبود لاکتاز دیده نمی‌شود؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۳ - قطب شیراز)
- ا. نفخ
- ب. اسهال مزمن
- ج. آروغ زدن
- د. کاهش وزن

پاسخ: که شایع‌ترین علت سوءجذب کربوهیدرات‌ها، عدم تحمل لاکتوز است که به علت کمبود یا خارج کردن مخاط حاوی لاکتاز ایجاد می‌شود. علائم این بیماری شامل اسهال، نفخ و درد است. کاهش وزن جزء علائم کمبود لاکتاز نیست.

👁️ آکه تملش رو داری پرو تست تمرینی!

بعضی‌ها این پوری اند، وقتی یک نیش می‌خورند فکر می‌کنند آکه دیگران

هم نیش بخورند درد اون‌ها کمتر می‌شه...!

#غلامسین ساعدی

سؤال	۶	۷		
پاسخ	ج	د		

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
بیماری‌های التهاب روده	فیلی مهم	۴

پس بیماری‌های التهابی روده یا IBD از اختلالات مزمن روده هستند که به واسطه‌ی سیستم ایمنی ایجاد می‌شوند. دو نوع اصلی IBD، کولیت اولسراتیو (UC) و بیماری کرون (CD) است.

یکی از مشخصات التهاب روده وجود RBC و WBC در مدفوع به علت خون‌ریزی و التهاب است. در این بیماری‌ها درگیری ترمینال ایلئوم و کولون دیده می‌شود پس برای تشخیص آن‌ها کولونوسکوپی و رکتوسیگموئیدوسکوپی حرف اول را می‌زند.

علائم و نشانه‌های بالینی مشترک بیماری‌های التهابی روده شامل اسهال خونی، درد شکم، زورییچ و نشانه‌های التهابی مانند تب، لکوسیتوز و ESR بالا می‌باشد.

با وجود این علائم مشترک بیماری کولیت اولسروز و کرون تفاوت‌هایی دارند که برای افتراقشون از هم باید بلد باشیم.

- ۱ خانم ۲۵ ساله / با سابقه اسهال از ۵ ماه / در گزارش اسمیر مدفوع RBC و WBC فراوان. تشخیص کدام است؟
(پره‌انترنی اسفند ۹۳ - قطب اهواز)
- الف کمبود لاکتاز
- ب بیماری التهابی روده
- ج سندرم روده‌ی تحریک پذیر
- د گاسترینوما

پس کولیت اولسراتیو

در کولیت اولسراتیو التهاب لایه‌های مخاط و زیر مخاط روده به خصوص رکتوم و سیگموئید رو درگیر می‌کند. این درگیری به صورت پیوسته‌اس و حتی به نقطه رو هم جا نمی‌ندازه! شاخص سرولوژیک کولیت اولسراتیو، P-ANCA است. در کولیت اولسراتیو به علت درگیری سطحی مخاط و زیر مخاط پر خون احتمال اسهال خونی بیشتر است. این بیماری بر اساس شدت درگیری و علائم به چهار دسته تقسیم می‌شود.

- ۲ در بیمار مبتلا به بیماری التهابی روده (IBD) همه موارد زیر به نفع کولیت اولسراتیو می‌باشد، بجز: (پره‌انترنی شهریور ۹۵ - قطب شمال)
- الف درگیری رکتوم
- ب درگیری پیوسته‌ی مخاطی
- ج زخم‌های سطحی کولون
- د وجود گرانولوم در پاتولوژی

- ۱- خفیف ☞ مخاط به صورت اریتماتو با دانه‌های ریز سطحی شبیه کاغذ سمباده دیده می‌شود که اولین تغییر رادیولوژیک کولیت اولسروزه که در تنقیه داریم دیده می‌شود.
- ۲- شدید ☞ مخاطی زخمی، اریتماتو به همراه خون‌ریزی داریم.
- ۳- مزمن ☞ در این مرحله پولیپ‌های التهابی (یا کاذب)، آتروفی کولون و باریک و کوتاه شدن کولون دیده می‌شود.
- ۴- برق‌آسا ☞ که کولیت سمی یا مگا کولون سمی هم گفته می‌شود؛ دیواره‌ی روده شدیداً نازک شده و مخاط شدیداً زخمیه که می‌تونه منجر به پرفوریشن روده بشود. یافته‌های پاتولوژی کولیت اولسروز ☞ تخریب کریپت‌ها (چاله‌ها)، آبسه‌ی کریپتی و ارتشاح لنفوسیت‌ها

☞ سیگار در کولیت اولسروز بر عکس کرون نقش حفاظتی داره ☞



سؤال	۱	۲		
پاسخ	ب	د		



عوارض کولیت اولسراتیو:

مگا کولون توکسیک و پرفوراسیون روده

خون‌ریزی گوارشی و آنمی

آدنوکارسینوم کولون

مگا کولون توکسیک در بالین خودش رو با تندرئس شکم، تب، دهیدراسیون، درد، تاکی کاردی و اسهال خونی نشون میده و با گرافی ساده شکم قابل تشخیصه. این عارضه یکی از عوارض مهم کولیت اولسروزه که در بیماران تحت درمان با کورتیکواستروئیدها امکان داره منجر به پرفوراسیون روده‌ها بشه.

کرون

در کرون التهاب هر چهار لایه‌ی روده به خصوص ایلئوم ترمینال و دریچه‌ی ایلئوسکال رو درگیر می‌کنه. این درگیری به صورت تیکه تیکه‌اس که بینش نواحی سالم هم دیده میشه و اصطلاحاً Skip Lesion خونده میشه. شاخص سرولوژیک کولیت کرون، ASCA است. در کرون به علت درگیری تمام لایه‌های روده انتظار بیشتری برای بروز فیستول، تنگی و انسداد روده داریم پس علامت درد شکم در کرون بارزتر از کولیت اولسروزه. میگن کرون میتونه تمام طول لوله‌ی گوارش رو حتی تا مری بگیره!

نشانه‌های کلینیکی کرون

زخم‌های به شکل آفت (Aphthous)

نمای قلوه سنگی (Cobble stone)

زخم‌های اقماری (satellite)

التهاب کانونی

گرانولوم‌های غیر پنبیری در تمام لایه‌های روده

چربی خزنده (Creeping Fat): استطاله‌های مزانتره

فیستول‌های اطراف رکتوم

شقاق و آبسه

ضخیم و فیبروتیک شدن دیواره روده و تنگی مجرای روده

بیماری که مورد شناخته شده‌ی UC میباشند با تب و درد شکم و افزایش دفعات با تشخیص مگا کولون توکسیک در بخش بستری است. کدام مورد زیر را انجام نمی‌دهید؟ (پره‌انترنی اردیبهشت ۹۷ - میان‌دوره کشوری)

گذاشتن رکتال تیوب

مشاوره‌ی جراحی

گرافی ساده شکم

مایع درمانی مناسب

در مورد بیماری‌های التهابی روده کدام تظاهر بالینی در بیماری کرون نسبت به کولیت اولسروز کم‌تر شایع است؟ (پره‌انترنی آذر ۹۸ - میان‌دوره کشوری)

درد شکم

اسهال

کاهش وزن

هماتوئیزی

سؤال	۳	۴		
پاسخ	الف	د		

عوارض کرون:

تنگی مجرای روده

سوء جذب

سنگ کلیه: معمولاً کلسیم اگزالاتی

بدخیمی با احتمال کمتر

فیستول بین قسمت‌های مختلف گوارش و حتی ارگان‌های اطراف

جدول افتراق ویژگی‌های کولیت اولسراتیو و کرون رو هم بخون.

بیماری	کولیت اولسراتیو (UC)	کرون (CD)
کدام بخش روده را درگیر می‌کند؟	اغلب رکتوم و رکتوسیگموئید	اغلب ایلئوم انتهایی (ترمینال ایلئوم) و دریچه‌ی ایلئوسکال
کدام لایه‌های روده را درگیر می‌کند؟	مخاط و ریز مخاط	تمام لایه‌ها (ترانس مورال)
ویژگی ماکروسکوپی	درگیری مخاطی منتشر و پیوسته (بدون قطعات سالم)	درگیری به صورت تکه تکه و ناپیوسته (skip lesions) (اون وسط مسطح ناحیه سالم داره)
شاخص سربولوژیک	P-ANCA	ASCA

۵ کدام یک از ارگانیزم‌های زیر بیش از بقیه، می‌تواند علائمی شبیه به بیماری کرون ایجاد نماید؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۳ - قطب شیراز)

Salmonelia

Shigella

E.Colo

yersihnia

۶ تظاهرات خارج روده ای IBD

مفصلی شایع‌ترین تظاهر خارج روده‌ای IBD تظاهرات مفصلیه: از همه شایع‌تر آرتریت محیطی (آرتریت مفاصل بزرگ و غیرقرینه) و بعد آرتریت محوری (ساکروایلئیت، اسپوندیلیت انکیلوزان) است.

چشمی شایع‌ترین آن کونژونکتیویت، اپی‌اسکلریت و یووئیت قدامی است.

پوستی پیودرما گانگروزوم و اریتما نودوزوم

کبدی صفراوی کلانژیت اسکروزان اولیه یا PSC، کبد چرب، هپاتیت

اتوایمیون، سنگ صفراوی و هپاتیت مزمن فعال

همه تمام عوارضی که گفتیم با بدتر شدن سیر علائم روده‌ای بدتر میشن به غیر از آرتریت محوری و کلانژیت اسکروزان اولیه که سیری مستقل از بیماری التهابی روده دارن.

۶ آقای ۳۹ ساله / با کولیت اولسروز تحت درمان / در اینترنت در مورد عوارض کبدی این بیماری سؤال می‌کند. کدام یک از عوارض کبدی زیر در بیماری التهابی روده کمتر محتمل است؟ (پره‌انترنی دی ۹۹ - میان‌دوره کشوری)

Small duct sclerosing cholangitis

Chronic active hepatitis

Primary biliary cholangitis

Primary sclerosing cholangitis

سؤال	۵	۶	
پاسخ	ج	ج	



که به دلیل همزمانی خیلی زیاد IBD به خصوص کولیت اولسروز با PSC اگر بیماری با تابلوی بالینی PSC مثل تب، زردی، خارش و درد RUQ مراجعه کرد بعد از اثبات مشکل کلانژیشت، حتما باید جهت رد IBD کولونوسکوپی بشه.

پس که در IBDها فرد به خاطر نقص ایمنی در معرض عفونت هرپس و سایتومگالوویروسه، همینطور یکی از تشخیص افتراقی‌های مهمشون آمیب و انتوموبا هیستولیتیکا است. از طرفی به خاطر درمان آنتی بیوتیکی در معرض کولیت سودوممبران هستن. حالا این خانم که به علت کولیت اولسروز تحت درمان بوده، الان که با تشدید اسهال خونی اومده ذهن مارو به سمت همه‌ی گزینه‌ها میره ولی کولیت ایسکمیک کمتر.

درمان IBD

پس اساس درمان بیماری التهابی روده بر پایه‌ی کم کردن التهاب است مثل آمینوسالسیلات و کورتیکواستروئید که نقش مهمی در درمان IBD دارند. آمینوسالسیلات‌ها به صورت خوراکی یا موضعی: برای درمان بیماری خفیف تا متوسط کولیت اولسروز و نیز به عنوان درمان نگهدارنده تجویز می‌شوند. مثل سولفاسالازین که حاوی 5-ASA است. این داروها برای درمان کرون هنوز اثبات نشده‌اند. کورتیکواستروئیدها در موارد بیماری فعال متوسط یا شدید و شکست درمان با 5-ASA استفاده می‌شوند. شایع‌ترین داروی مورد استفاده پردنیزولون است. استروئید را به علت عوارض زیاد، نمی‌توان طولانی‌مدت و به عنوان درمان نگهدارنده تجویز کرد.

غربالگری کولون در IBD

به علت ریسک بالای بدخیمی در بیماری‌های التهابی روده، اسکرینینگ مشخصی براش تعریف شده که در بیماران با شرایط زیر با گذشت زمان به صورت سالانه یا دو سال یک بار با کولونوسکوپی انجام میشه. ۱ درگیری تمام کولون (پان کولیت) یا درگیری بیش از یک سوم کولون ۲ بعد از گذشت ۸ تا ۱۰ سال ۳ درگیری پروکتوسیگموئیدیت (درگیر کمتر از یک سوم ولی بیشتر از رکتوم) ۴ درگیری سمت چپ کولون (left colitis) یا پروکتوسیگموئیدیت یا درگیری کمتر از یک سوم کولون ۵ بعد از ۱۲ تا ۱۵ سال

۷ خانم ۲۷ ساله با سابقه ابتلا به کولیت اولسروز تحت درمان دارویی بوده که از دو هفته قبل دچار تشدید علائم به صورت اسهال شدید خونی شده است. کدام عامل مطرح نمی‌باشد؟ (پره‌اترنی اسفند ۹۳ - قطب همدان)

الف کولیت ناشی از CMV

ب کولیت پسودوممبرانوس

ج کولیت ایسکمیک

د عفونت با انتوموبا هیستولیتیکا

۸ خانم ۳۵ ساله با chronic bloody diarrhea تحت کولونوسکوپی قرار می‌گیرد و تشخیص ulcerative proctosigmoiditis قطعی می‌شود. بیمار فعلاً روزانه دو مرتبه دفع اسهال دارد و آزمایشات و معاینه‌ی وی نرمال است. اولین اقدام درمانی کدام است؟ (پره‌اترنی شهریور ۹۵ - قطب اصفهان)

الف شروع 5ASA خوراکی و موضعی

ب شروع پردنیزولون خوراکی

ج شروع آزاتیوپرین خوراکی

د شروع مترونیدازول خوراکی

۹ تمام موارد زیر در مورد Screening کولون کولون با کولونوسکوپی در مبتلایان به IBD صحیح است، بجز: (پره‌اترنی شهریور ۹۳ - قطب تهران) ۱ در مبتلایان به پروکتیت اولسروز بعد از گذشت ۲۰ سال از شروع بیماری باید این کار آغاز گردد. ۲ در مبتلایان به IBD+PSC سالانه باید صورت گیرد. ۳ در بیماران مبتلا به Left Sided UC پس از گذشت ۱۲ تا ۱۵ سال از شروع بیماری هر دو سال یک بار انجام گیرد. ۴ در صورت وجود Flat High Grade Dysplasia در بیوپسی کولون، کولکتومی توتال الزامی است.

سؤال	۷	۸	۹
پاسخ	ج	الف	الف

❖ در صورت داشتن ریسک فاکتورهایی مانند PSC، سابقه خانوادگی کسرس کولون و تنگی کولون اسکرینینگ زودتر شروع می‌شود.

🕌 در صورت گزارش بدخیمی، دیسپلازی درجه بالا و یا دیسپلازی درجه پایین ولی متعدد در پولیپ باید توتال کولکتومی انجام بدیم. اگر دیسپلازی درجه‌ی پایین و منفرد در پولیپ داشتیم، پولیپکتومی کافی است.

🕌 آخر سر یک جمع‌بندی هم بکنیم از اینکه تو بیماری‌های گوارشی، تشخیص کدومشون با بیوپسی قطعی میشه ؟

❖ بیماری‌های که نتایج بیوپسی‌شون تشخیصیه 🏠 بیماری ویپل، آمیلوئیدوز، انتریت ائوزینوفیلیک، لنفاژکتازی، لنفوم اولیه‌ی روده، ژیلاردیازیس، آبتالیوپروتئینمی، آگاماگلوبولینمی، ماستوسیتوز.

❖ بیماری‌های که نتایج بیوپسی‌شون تشخیص قطعی نیست 🏠 سلیاک، اسکلروز سیستمیک، انتریت ناشی از رادیاسیون، سندرم رشد بیش از حد باکتری، اسپروی تروپیکال، کرون.

🕒 تست تمرینی منتظرته!

۱۰ خانم ۴۸ ساله با علائم سوء جذب تحت بیوپسی روده باریک قرار می‌گیرد. در همه موارد زیر یافته‌های بیوپسی تشخیصی Diagnostic است، به‌جز: (پره انترنی دی ۹۹- میاندوره کشوری)

🏠 سلیاک

🏠 آمیلوئیدوز

🏠 ماستوسیتوز

🏠 لنفاژکتازی

آیرایِ فوبِ نازنینم!

مدرت هاست که برایت پیزی ننوشته‌ام!...

زنگی میال نمی‌دهد: غم نان!

با وجود این، خودت بهتر می‌دانی، نفسی که می‌کشم تو هستی؛ فونی که در رگ‌هایم می‌دود

و حرارتی که نمی‌گذارد یخ کنم!...

امروز بیشتر از دیروز دوستت می‌دارم و فردا بیشتر از امروز...

و این، ضعیف من نیست، قدرتِ توست!...

اهدر شاملو

📄 نامه‌های اهدر شاملو به آیرا

سؤال	۱۰			
پاسخ	الف			



عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
سندرم روده‌ای تحریک پذیر	مهم	۳

۱ در بیمار ۳۸ ساله‌ای که بعد از رد علل ارگانیک تشخیص روده تحریک پذیر گذاشته شده است، همه موارد زیر از علل و پاتوفیزیولوژی ایجاد آن می‌باشند، به جز: (پره‌انترنی دی ۹۹- میان‌دوره کشوری)

Gut motility abnormalities

Bile acid malabsorption

H.pylori infection

Central Neural dysfunction

پاسخ سندرم روده‌ای تحریک پذیر یا IBS یکی از بیماری‌های شایع در جوانانه که زمینه‌های روانی، عفونی و عصبی متفاوتی برآش ذکر شده و در واقع نوعی بیماریه عملکردیه. در ایجاد این بیماری عواملی مثل فعالیت حسی و حرکتی غیر طبیعی روده، سود جذب اسیدهای صفراوی، اختلال عملکرد CNS، اختلالات سایکولوژیک، التهاب مخاطی و استرس تأثیر دارند.

پاسخ دو علامت اصلی IBS، درد شکم و تغییر در اجابت مزاجه. برای اینکه به بیماری برچسب IBS بزنیم باید تعریف زیر رو بدونیم

درد راجعه‌ای شکم که حداقل از ۶ ماه پیش شروع شده باشه و در سه ماه اخیر حداقل یک روز در هفته درد بگیره که همراه با دوتا از ویژگی‌های زیر باشه

درد با اجابت مزاج رفع بشه.

درد همراه با تغییر در دفعات اجابت مزاج باشه.

پاسخ یادت باشه تشخیص IBS زمانی مطرح میشه که تمام بیماری‌های ساختاری (ارگانیک) دیگه رو رد کرده باشی و آزمایشات و بررسی‌های بیمار نرمال باشه. سه ویژگی خیلی مهم در بیماری IBS سن بروز، درد شکم و دفع شونه که باید برای تأیید تشخیص خصوصیاتش رو بدونی:

درد با اجابت مزاج رفع بشه. ۱. سن ۲. اولین علائم بیماری قبل از ۴۵ سالگی ظاهر میشه؛ پس بیمار بالای ۴۵ سال با علائم IBS نیاز به بررسی‌های جدی‌تر مثل کولونوسکوپی داره.

۳. درد شکم ۴. بیمار مبتلا به IBS درد شکمش رو به صورت دوره‌ای و کرامپی و معمولاً اطراف نافش تجربه می‌کنه. درد شکم با دفع گاز و مدفوع بهتر و با مصرف غذا و استرس بدتر میشه؛ پس روزه‌داری درد شکم رو کمتر می‌کنه. درد IBS اغلب شبانه نیست و بیمار رو از خواب بیدار نمی‌کنه اما در موارد ناشایع و شدید، چندین بار در طول شب بیمار از خواب بیدار میشه پس درد شبانه اصلاً ملاک خوبی برای افتراق بیماری روده‌ای عضوی از عملکردی نیست.

۵. مدفوع ۶. مدفوع بلغمی و موکوسی در IBS خیلی شایعه. مبتلایان به IBS احساس زورپیچ (زور زدن هنگام خروج مدفوع)، فوریت در دفع، احساس دفع ناکامل مدفوع و نفخ رو در حین دفع مدفوع ذکر می‌کنن. اسهال این بیماران هم مانند دردشون با روزه‌داری بهتر میشه.

۲ در رابطه با علائم بالینی سندرم روده تحریک پذیر، گزینه غلط کدام است؟ (پره‌انترنی شهرپور ۹۵- قطب شیراز)

۱. شروع علائم اکثر بیماران، قبل از سن ۴۵ سالگی است.

۲. نیمی از این بیماران، علائم dyspepsia را نیز دارند.

۳. اسهال بدون درد شکمی، از ویژگی‌های این بیماران است.

۴. میزان گاز روده‌ای این بیماران همانند افراد نرمال است.

۳ آقای ۲۵ ساله / با شکایت دردهای شکمی و دفع اسهال همراه با موکوس. کدام یک از علائم ذیل با تشخیص IBS مطابقت دارد؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۳- قطب همدان)

۱. یافته‌های آزمایشگاهی نرمال

۲. کاهش وزن

۳. اسهال شبانه

۴. وجود خون در مدفوع

سؤال	۱	۲	۳
پاسخ	ج	ج	الف

پاسخ ۴۵ چه علائمی تشخیص IBS و بیماری گوارشی عملکردی را زیر سؤال می‌برد؟

- ☐ علائم پیشرونده
- ☐ خون در مدفوع
- ☐ اسهال شبانه
- ☐ اسهال التهابی (دارای RBC و WBC)
- ☐ کاهش وزن
- ☐ ESR بالا
- ☐ بروز علائم در سن بالا
- ☐ استئاتوره
- ☐ وجود علائم سیستمیک مثل تب، آنمی و...
- ☐ عدم بهبود اسهال علی‌رغم ۴۸ ساعت روزه‌داری

IBS پس از عفونت (Post Infection)

پاسخ ۴۶ گفتیم یکی از زمینه‌های ایجاد IBS، عفونت و گاستروانتریت باکتریاییه که در زنان و جوانان شایع‌تره؛ پس ایجاد این نوع IBS در افراد بالای ۶۰ سال خیلی دیده نمی‌شه!

ریسک فاکتورهای IBS پُست اینفکشن

- ☐ طولانی بودن دوره ی عفونت اولیه
- ☐ سیگار
- ☐ توکسیک بودن عامل عفونی
- ☐ التهاب مخاطی
- ☐ طولانی بودن درمان آنتی‌بیوتیکی
- ☐ افسردگی
- ☐ جنس مونث
- ☐ هیپوکندریازیس یا خود بیمار پنداری
- ☐ وقوع حوادث ناگوار روانی در ۳ ماه گذشته
- ☐ باکتری‌هایی که در عفونت اولیه ی این بیماری نقش دارن چنان که کمپیلوباکتر، سالمونلا و شیگلا

پاسخ ۴۷ برخورد با IBS

در بیمار مشکوک به IBS، اول باید با این سه اقدام، اختلالات ساختاری و عفونت رو رد کنیم
 ۱- CBC
 ۲- آزمایش مدفوع (از نظر انگل)
 ۳- بررسی کولون: بالای ۴۰ سال با کولونوسکوپی و زیر ۴۰ سال با رکتوسیگموئیدوسکوپی.
 وقتی سایر اختلالات رد شد، علامت‌درمانی رو بر اساس علامت غالب در IBS به صورت زیر شروع می‌کنیم

این بیمار با توجه به درد شکم از ۶ ماه قبل که با دفع خوب میشه به همراه آزمایشات و ارزیابی‌های نرمال، مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر یا IBS است. برای درمان IBS باید به علامت غالب بیمار توجه کنیم؛ مثلاً اینجا چون درد شکم غالبه، پس می‌تونیم از ضد افسردگی سه حلقه‌ای (TCA)، SSRI و یا شل‌کننده‌های عضلانی استفاده کنیم. توی سه حالت دیگه چیا تجویز می‌کنیم؟
 در IBS با درد شکم غالب شل‌کننده‌ی عضلانی، ضد افسردگی سه حلقه‌ای یا TCA مثل ایمی‌پرامین / SSRI؛ مثل این مریض.

در IBS با یبوست غالب ضد یبوست مثل لاکتولوز، پسیلیوم و غیره.

در IBS با اسهال غالب ضد اسهال مثل لوپرامید، کلسترآمین رزین، آلوسترون.

در IBS پر از نفخ و گاز رژیم مناسب، پروبیوتیک و ریفاکسیمین.

تست تمرینی تو را فرا می‌خواند.

۴۵ آقای ۲۵ ساله‌ای با درد شکم از یک سال قبل

به درمانگاه مراجعه کرده است. درد بیمار همراه با اسهال در طول شبانه‌روز و به صورت متناوب می‌باشد. درد بیمار با اجابت مزاج بر طرف می‌شود. علائم سیستمیک دیگری ندارد. با توجه به محتمل‌ترین تشخیص مطرح برای بیمار، کدام یافته با تشخیص احتمالی مغایرت دارد؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶ - قطب کرمان، شمال و اصفهان)

افت فقدان علائم سیستمیک

وجود درد شکم

اسهال شبانه

بر طرف شدن درد با اجابت مزاج

۴۶ کدامیک از موارد زیر در ایجاد سندرم

روده‌ی تحریک‌پذیر پس از عفونت گوارشی (گاستروانتریت) نقش محافظت کننده خواهد داشت؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۸ - کشوری)

جنس مؤنث

سن بالای ۶۰ سال

استعمال سیگار

مصرف آنتی‌بیوتیک جهت گاستروانتریت

۴۷ خانم ۲۴ ساله / درد شکم از ۶ ماه قبل در

ناحیه هایپوگاستر که هفته‌ای یک تا دو بار تکرار شده و با دفع مدفوع بیمار بهبود می‌یابد / مدفوع؛ آبکی و حاوی بلغم و فاقد خون / CBC و آزمایش مدفوع و کولونوسکوپی: نرمال. مناسب‌ترین اقدام درمانی در این بیمار کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۹ - کشوری)

مترونیدازول خوراکی

استروئید خوراکی

رژیم غذایی فاقد گلوتن

داروهای ضدافسردگی سه حلقه‌ای

سؤال	۴	۵	۶
پاسخ	ج	ب	د



عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
کاهش وزن غیر ارادی	غیر مهم	۰

۱ خانم ۴۸ ساله‌ای با ۱۰ درصد کاهش وزن در عرض ۴ ماه مراجعه کرده است. در مرحله‌ی اول انجام کدام یک از تست‌های زیر اهمیت کمتری دارد؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴ - قطب تبریز)

Mammography ☐

thyroid function test ☐

(chest Radiography (CXR ☐

abdominal ultra-sound ☐

کاهش وزن غیرارادی (Involuntary Weight Loss / IWL) اغلب تدریجی ایجاد می‌شود و نشان‌دهنده‌ی یک بیماری زمینه‌ای وخیم است. کاهش وزنی از نظر بالینی مهم است که به صورت کاهش ۴,۵ کیلوگرم؛ یا بیش از ۵ درصد وزن بدن ظرف مدت ۶ الی ۱۲ ماه باشد.

علل شایع IWL

بدخیمی ☐

اختلالات متابولیک نظیر هیپرتیروئیدیسم و دیابت ☐

بیماری‌های عفونی یا التهابی مزمن ☐

اختلالات روان‌پزشکی ☐

در هر بیماری که با کاهش وزن شدیدی که گفتیم اومد باید اول ارزیابی‌های اولیه رو انجام بدیم

شمارش سلول‌های خون ☐

شرح حال و معاینه کامل ☐

CRP, ESR ☐

آزمایش ارزیابی کبدی ☐

آزمایشات تیروئید ☐

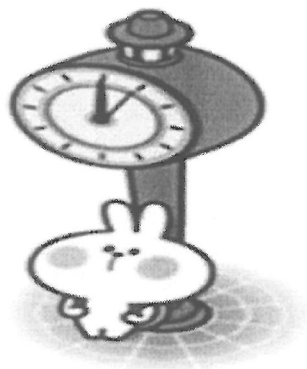
مطالعات عملکرد کلیوی ☐

سونوگرافی شکم ☐

گرافی قفسه سینه ☐

بعد از ارزیابی‌های اولیه، آزمایشات غربالگری سرطان مانند ماموگرافی و کولونوسکوپی هم باید انجام بدی. برای این خانم ۴۸ ساله که با کاهش وزن بیش‌تر از ۵٪ در عرض چهار ماه اومده باید همه‌ی ارزیابی‌های اولیه رو درخواست بدی که ماموگرافی توش نیست.

با یک تکان پرو س‌ر وقت تست تمرینی.



سؤال	۱			
پاسخ	الف			

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
ارزیابی کارکرد کبد و تشفیص	فیلی مهم	۶

نوبتیم باشه نوبت جیگره ☺

برای بررسی عملکرد کبد، روش‌های مختلفی داریم که راحت‌ترین آن‌ها آزمایش خون است. این آزمایشات در چهار دسته قرار می‌گیرند:

✦ نمایانگر آسیب هپاتوسیت‌های کبد ☞ ترانس آمینازهای کبدی مثل AST و ALT
 ✦ نمایانگر کلاستاز ☞ آلکالن فسفاتاز (Alkp)، ۵- نوکلئوتیداز، گاما گلوتامیل ترانسفراز (γGT)

✦ عملکرد دفعی و سم‌زدایی کبد ☞ بیلی‌روبین سرم یا ادرار، آمونیاک خون

✦ عملکرد بیوسنتتیک کبد ☞ آلبومین و گلوبولین سرم، فاکتورهای انعقادی



۱ خانم ۴۵ ساله‌ای با شکایت از زردی پوست و اسکلرا و تیره رنگ شدن ادرار از یک هفته قبل، به شما مراجعه می‌نماید. دقیق‌ترین تست در این زمان برای تعیین وضعیت عملکرد کبد (Liver Function) کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۵ - قطب شیراز)

ALT ☐

PT (INR) ☐

Alk. Phosphatase ☐

Albumin ☐

☺ که در بیماری‌های کبدی کاهش آلبومین نشانه‌ی مزمن شدن بیماری (کرونیسیته) و افزایش PT (پروترومبین تایم) نشانه‌ی شدت بیماری (severity) است. پس آلبومین رو برای ارزیابی پروسه‌های حاد مثل هپاتیت‌های وایرال، زردی و هپاتوتوکسیسیته‌ی ناشی از دارو استفاده نمی‌کنیم؛ به جاش تو سیروز برامون مهمه. در حالی که PT (INR) برای بررسی اختلالاتی نظیر زردی انسدادی مثل این خانم که با زردی اومده و موارد سوء جذب چربی مناسبه. که ALT مختص کبد است؛ Liver → L. ولی AST از جاهای مختلفی ترشح میشه و در سکته‌ی قلبی، ترومای مغزی، همولیز و آسیب پانکراس و ریه هم بالا میره. مقدار نرمال هر کدوم رو یاد بگیر!

بیلی‌روبین توتال ☞ ۱-۰,۲ mg/dl بیلی‌روبین مستقیم ☞ حدود ۰,۳ mg/dl

ALT و AST ☞ ۱۰-۴۰ IU/L Alkp ☞ ۸۰-۳۰۰ IU/L

همیشه ALT بیشتر از AST است به جز در دو بیماری ☞ هپاتیت الکلی ☞ و سیروز قبل از اینکه بریم سراغ تغییرات تست‌های کبدی و اپروچش، جدول زیر رو یاد بگیر تا حدودی بتونی تغییرات ترانس آمینازهای کبدی رو تفسیر کنی.

بیماری	میزان ALT و AST
نرمال	۱۰ تا ۴۰
بیماری حاد هپاتوسلولر، مثل هپاتیت حاد ویروسی و یا دارویی، کلاثریت و...	افزایش شدید (بیشتر از ۵۰۰)
بیماری هپاتوسلولر مزمن ☞ شایع‌ترین: کبد چرب یا بیماری کلاستاتیک مزمن	افزایش خفیف (حداکثر تا ۳۰۰)

سؤال	۱
پاسخ	ب



۲ خانم ۳۵ ساله‌ی چاق با احساس پری و سنگینی RUQ مراجعه کرده، در معاینه تندرست شکم ندارد. در آزمایشات ترانس آمینازها ۴ برابر افزایش دارد. قند خون طبیعی و تری گلیسیرید ۳ برابر حد قابل قبول است. کدام تشخیص محتمل است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۳ - قطب همدان)

ا کبد چرب

ب سنگ کیسه‌ی صفرا

ج پانکراتیت

د آبسه‌ی کبد

پس که در دسته‌ی بیماری‌های مزمن هپاتیت‌های مزمن، کبد چرب الکلی و غیرالکلی، هپاتیت اتوایمیون، PBC، PSC، بیماری ویلسون و هموکروماتوز هم هستن. الان مثلاً این خانم چاق که ترانس آمینازش ۴ برابر نرماله یعنی حدوداً میشه ۱۶۰ (با یه ضرب ساده!) پس افزایش خفیف داره که شایع‌ترین علتش کبد چربه. اگر همین خانم رو سونوی شکم کنی حتما اکوی کبد رو افزایش یافته گزارش میکنه. اولین و آخرین توصیه‌ی ما به یکی که کبد چرب داره، ورزش، رژیم و کاهش چربی دور شکمیه گزینه‌ی مورد علاقه‌ی خانما!

اپروچ به تغییر تست‌های کبدی

وقتی بیماری با تغییر تست‌های کبدی مراجعه می‌کند اول باید حاد (زیر ۶ ماه) یا مزمن بودن (بالای ۶ ماه) آن را مشخص کنیم. بعد باید الگوی تغییرات را مشخص کنیم. چهار الگو برای تغییرات تست‌های کبدی داریم:

۱- افزایش ایزوله‌ی بیلی‌روبین در فصل هایپر بیلی‌روبینمی مفصل توضیح میدییم.

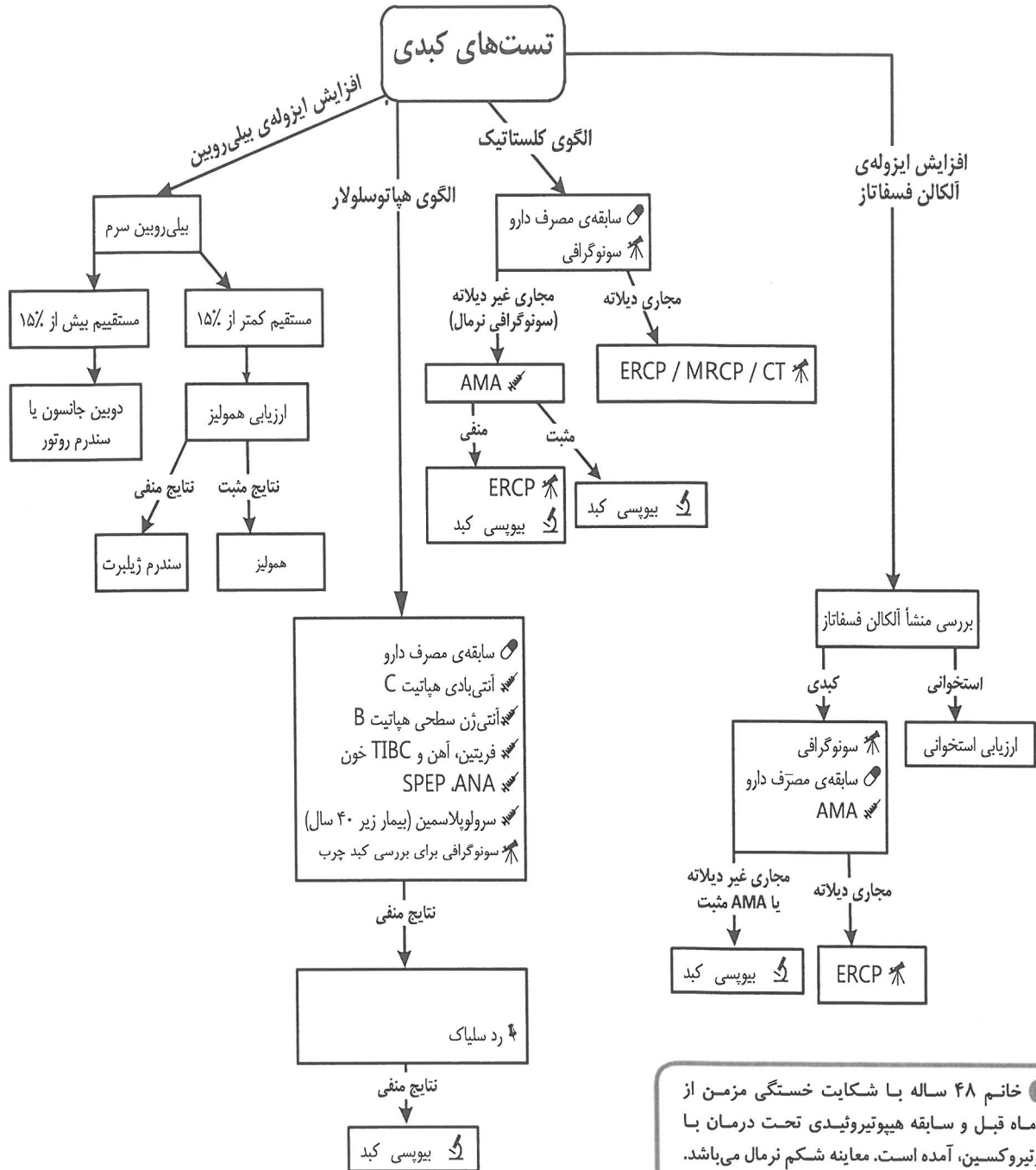
۲- الگوی هپاتوسلولر تغییر ترانس آمینازهای کبدی بارزتر از AlkP و... است.

۳- الگوی کلاستاتیک تغییر AlkP و ۵- نوکلئوتیداز و گاما GT بارزتر از ترانس آمینازهای کبدی است.

۴- افزایش ایزوله‌ی آلکالن فسفاتاز بر اساس اینکه آلکالن فسفاتاز منشأ کبدی یا غیر کبدی دارد، اپروچ متفاوتیه. حالا بر حسب اینکه الگوی تغییرات چیه، اپروچ رو میگیریم.



			۲	سؤال
			الف	پاسخ



الگوی کلاستاتیک

افزایش آنزیم های زیر نشانگر بیماری کلاستاتیک (انسداد صفرا) است:

AlKP: این آنزیم علاوه بر کبد از استخوان، جفت و روده ی باریک هم ترشح

میشه. برای همین که می گن برای آزمایشات کبدی ناشتا باش!

پس در بچه ها، خانم باردار، افراد مسن و... بالا میره.

GGT (گاما گلوتامیل ترانسفراز): اگر همزمان با افزایش AlKP این آنزیم هم

بالا باشه، قطعاً منشأ آلکالن فسفاتاز کبدیه.

۵- نوکلو تیداز

خانم ۴۸ ساله با شکایت خستگی مزمن از ۴ ماه قبل و سابقه هیپوترئوئیدی تحت درمان با لووتیروکسین، آمده است. معاینه شکم نرمال می باشد. آزمایشات انجام شده به شرح زیر است:

CBC=Normal, TSH=2.5, Total bilirubin=2.1, ALKPh=900, ALT=60, AST=50

جهت تشخیص بیماری وی قدم اول کدام است؟ (پره انترنی اسفند ۹۹- کشوری)

Ultrasonography

ERCP

HCV RNA

CT شکم

سؤال	۳		
پاسخ	الف		



حالا الگوی تغییرات کلستاتیکه، اولین قدم چیه؟ سونوگرافی و چک سابقه‌ی دارویی بیمار. در سونوگرافی دو حالت پیش میاد:

۱) سونوگرافی نرماله و مجاری صفراوی دیلاته نیستند درگیری اینترا هپاتیکه انجام تست AMA (آنتی میتو کندریال آنتی بادی) + اگر AMA مثبت بود انجام بیوپسی کبد. احتمال ۹۰٪ درصد تشخیص PBC است ولی به علت ۱۰٪ باقیمانده انجام بیوپسی کبد ضروریهست. - اگر AMA منفی بود انجام ERCP و یا بیوپسی کبد ۲) سونوگرافی غیر نرماله و مجاری صفراوی دیلاته هستند درگیری اکسترا هپاتیکه انجام MRCP، CTSCAN و ERCP. با این بررسی‌ها کل سیستم صفراوی و مسائل خارج کبدی را چک می‌کنیم.

علل تغییرات کلستاتیک

۱) اکسترا هپاتیک (مجاری صفراوی متسع): بیماری‌های خوش خیم و بدخیم زیادی در این دسته هستند:

خوش خیم سنگ

Mirizzi (سنگ کیسه‌ی صفرا که به CBD فشار آورده و باعث تنگی مجرا شده)

بدخیم لنفوم، تومور کیسه صفرا، تومور مجاری صفراوی (cholangio carcinoma)، تومور سر پانکراس، تومور آمپول واتر

۲) اینترا هپاتیک (مجاری صفراوی غیر متسع): هپاتیت، ویروس، دارو، PSC، PBC (primary billiary cirrhosis)، مشکلات داخل کبدی مثل تومورهای داخل کبدی مانند Klatskin تومور، بیماری‌های انفیلترا تئو کبدی و...

که در PBC یا primary billiary cirrhosis در بیش از ۹۰٪ موارد تست AMA (آنتی میتو کندریال آنتی بادی) مثبت می‌شود.

۳) PSC که می‌تواند تظاهر خارج کبدی (سونوگرافی مختل) و هم داخل کبدی (سونوگرافی نرمال) داشته ولی شایع‌ترین تظاهر آن همزمانی این دو حالت است. کلانژیت اسکروزان اولیه باعث ایجاد تنگی‌های متعدد در مجاری صفراوی می‌شود و در نتیجه در MRCP نمای معروف دانه‌ی تسبیح (Beading) دیده می‌شود. به علت همزمانی فراوان PSC و IBD بعد از تأیید تشخیص، انجام کولونوسکوپی برای رد IBD ضروری است. این آقا با خارش و

۴) خانمی ۵۲ ساله به علت ایکتر و خارش مراجعه نموده است. سونوگرافی کبد و مجاری صفراوی نرمال است در آزمایشات AST:50, ALT:60, ALP:1300, Bili total:10, Bili direct:9 می‌باشد اولین اقدام تشخیص بعدی چیست؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۹ - کشوری)

AMA ☐

HBS Ag ☐

HCV Ab ☐

ERCP ☐

۵) مرد ۶۰ ساله‌ای با شکایت از زردی مراجعه کرده است. آزمایشات انجام شده به شرح زیر است:

Bili Total= 12 mg/dl , Bili Direct= 8mg/dl

AST= 50u/l, ALT= 55u/L, Alkphos= 1200UI

در سونوگرافی فقط مجاری صفراوی داخل کبدی دیلاته هستند و CBD دیلاته نیست. کیسه صفراوی اندازه نرمال دارد. کدام تشخیص بیشتر مطرح است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴ - قطب اهواز)

Klatskin Tumor ☐

Pancreatic cancer ☐

Choledocholithiasis ☐

Cancer of Ampulla of vater ☐

۶) بیمار آقای ۳۵ ساله‌ای است که به علت خارش بدن مراجعه کرده است و در آزمایشات انجام شده

1200 TBil: 3 , Alkph: 1200 , AST: 60 , ALT: 90 D Bill: 1.8

است. سونوگرافی بیمار نرمال گزارش شده است. در MRCP

مجاری صفراوی داخل کبدی و خارج کبدی Beading متعددی دیده می‌شود. کدام اقدام برای این بیمار توصیه می‌شود؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۳ - قطب کرمان)

بیوپسی کبد ☐ کولونوسکوپی ☐

تست AMA ☐ سی تی اسکن شکم و لگن ☐

سؤال	۴	۵	۶
پاسخ	الف	الف	ب

تست‌های کبدی مختل اومده که بیشتر الگوی کلاستاتیک داره، در مرحله‌ی بعد سونو کرده نرمال بوده ولی در MRCP نمای تسبیح داشته؛ پس تشخیص PSC قطعی شده. حالا فقط مونده کلونوسکوپی که IBD رو رد کنه.

پاسخ الگوی هپاتیک

در اپروچ به افزایش بارزتر ترانس آمینازهای کبدی و الگوی هپاتیک باید انواع هپاتیت رو با چند آزمایش رد کنیم.

چک سابقه‌ی دارویی: هپاتیت دارویی

چک آنتی‌بادی و آنتی‌ژن هپاتیت‌های وایرال مثل:

HBs-Ag / HBe-Ab-IgM / HCV-Ab / HAV-Ab-IgM

چک ANA و ASMA و...: هپاتیت اتوایمیون

چک سرولوپلاسمین: هپاتیت ناشی از ویلسون

چک آهن، فریتین و TIBC خون

اگر این بررسی‌ها به نتیجه نرسید، با سونو و آزمایشات کبد چرب و سلیاک رو رد می‌کنیم. اگر بازم نتیجه نداد دیگه مرحله‌ی آخر بیوپسی کبد رو توصیه می‌کنیم.

الگوی افزایش ایزوله‌ی آنزیم آلکالین فسفاتاز

پاسخ گفتیم در مرحله‌ی اول باید منشأ آلکالین فسفاتاز رو به کمک ۵- نوکلئوتیداز و گاما GT مشخص کنیم.

اگر منشأ کبدی داشت سونوگرافی، تست AMA و سابقه‌ی دارویی بیمار رو در نظر می‌گیریم.

اگر منشأ خارج کبدی و استخوانی داشت ارزیابی استخوانی

الان بابابزرگ اومده با ترانس آمینازها و بیلی‌روبین نرمال. و فقط آلکالین فسفاتازش بالاس، پس تو مرحله‌ی بعد باید گاما GT و ۵- نوکلئوتیداز رو چک کنیم.

الگوی افزایش ایزوله‌ی بیلی‌روبین

اول باید ببینیم هایپر بیلی‌روبینمی مستقیمه یا غیرمستقیم.

اگر بیلی‌روبین مستقیم (کنژوگه) بیش‌تر از ۱۵٪ توتال باشه هایپر بیلی‌روبینمی مستقیم. که تشخیص‌مون به دوبین جانسون و روتور محدود میشه.

اگر بیلی‌روبین مستقیم (کنژوگه) کمتر از ۱۵٪ توتال باشه هایپر بیلی‌روبینمی

غیرمستقیم بررسی شواهد همولیز.

برو سر وقت تست تمرینی تا میگرت حال بیاد.

۷ بیمار آقای ۳۵ ساله / با افزایش آنزیمهای کبدی در حد ۳-۴ برابر نرمال از ۱,۵ سال قبل / بدون سابقه‌ی خانوادگی بیماری کبدی / نرمال بودن معاینه و BMI و سونوگرافی‌های مکرر انجام شده / منفی بودن بررسی از نظر بیماری‌های ویرال، اتوایمیون و متابولیک. کدام گزینه درباره انجام بیوپسی کبد بیمار صحیح است؟ (پره‌انترنی ارداریهشت ۹۷- میان‌دوره کشوری)

الف) بیوپسی کبد کمکی به تشخیص بیماری نمی‌کند.

ب) در صورت عدم پاسخ به یک دوره‌ی درمان

با کورتون، بیوپسی انجام میشود.

ج) در صورت عدم پاسخ به یکسال رژیم و

کاهش وزن بیوپسی انجام میشود.

د) بیمار در همین مرحله کاندید بیوپسی کبد است.

۸ آقای ۷۰ ساله با نتایج آزمایشات زیر به

شما مراجعه می‌کند:

AST= 25 (normal) / ALT=30 (Normal) / Bill=Normal
Alk= 1200 (NI=306)

در مرحله‌ی بعد کدام یک از موارد زیر را توصیه

می‌کنید؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴ - قطب کرمان)

الف) بیوپسی کبد

ب) سونوگرافی از کبد و مجاری صفراوی

ج) اندازه‌گیری ۷- گلو تامیل ترانسفراز (GGT)

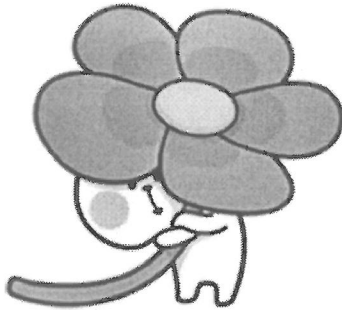
د) اندازه‌گیری آنتی‌بادی ضد میتوکندریال (AMA)

سؤال	۷	۸
پاسخ	د	ج



عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
هایپر بیلی روبینمیا	مهم	۲

اپروچ به هایپر بیلی روبینمی



در بیماری که با زردی یا بیلی روبین افزایش یافته مراجعه کرده، ابتدا تست‌های عملکردی کبد (LFT) شامل AST، ALT، AlkP، PT، Alb و بیلی روبین رو درخواست می‌کنیم. تا الگوی بیماری رو به دست بیاریم. در فصل قبل توضیحاتش رو دادیم.

اگر فقط بیلی روبین افزایش یافته بود و سایر تست‌های کبدی نرمال بود با الگوی افزایش ایزوله‌ی بیلی روبین روبه‌رویم. چیکار می‌کنیم؟ تعیین می‌کنیم هایپر بیلی روبینمی مستقیمه (کونژوگه) یا غیرمستقیم (غیر کونژوگه).

اگر بیش از ۱۵٪ بیلی روبین توتال، مستقیم باشه ☞ هایپر بیلی روبینمی مستقیم

اگر کمتر از ۱۵٪ بیلی روبین توتال، مستقیم باشه ☞ هایپر بیلی روبینمی غیرمستقیم

که باتوجه به اینکه بیلی روبین غیر کونژوگه نامحلوله، آزمایشگاه فقط بیلی روبین توتال و کونژوگه رو بررسی می‌کنه. مقدار نرمال هر-کدوم:

بیلی توتال ☞ کمتر از ۱/۵ mg/dl - ۱

بیلی کونژوگه ☞ حدود ۰,۳ mg/dl

علل هایپر بیلی روبینمی غیر کونژوگه

اتیولوژی هایپر بیلی روبینمی غیر مستقیم در سه دسته تقسیم می‌شود:

۱ افزایش تولید بیلی روبین ☞ در بیماری‌های همولیتیک و در شرایطی که اریتروپوئز نامؤثر است اتفاق می‌افتد. بیماران مبتلا به بیماری‌های همولیتیک مثل سیکل سل، اسفروسیتوز، کمبود G6PD و... معمولاً علاوه بر هایپر بیلی روبینمی، آنمی هم دارند.

۲ کاهش uptake بیلی روبین غیر کونژوگه ☞ شایع نیست.

۳ کاهش کونژوگاسیون ☞ به سه صورت بروز می‌کند:

• زردی فیزیولوژیک نوزادی

• اکتسابی: به دنبال مصرف داروهایی مانند جنتامایسین، کلرامفنیکل و... یا زردی

ناشی از شیر مادر

• ارثی: بیماری کریگلر نجار تیپ I و II و سندرم ژیلبرت

۱ بیماری با شکایت زردی اسکلرا مراجعه کرده است. آنزیم‌های کبد، INR و آلبومین نرمال است. بیلی روبین توتال ۵mg/dl و جزء مستقیم ۰.۸mg/dl است. احتمال کدام یک از بیماری‌های زیر کمتر است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۴ - قطب تبریز)

الف) سندرم ژیلبرت

ب) خون‌سازی غیر موثر

ج) هپاتیت حاد

د) همولیز

سؤال	۱			
پاسخ	ج			

۱۵۳ اگر مریضی اومد با افزایش ایزوله‌ی بیلی‌روبین از نوع غیر کونژوگه به علائم و عدد بیلی‌روبین توتال نگاه می‌کنیم.

❖ خیلی بالا (بالتر از ۲۰) و بیمار نوزاده ❖ کریگلر نجار تیپ یک

❖ نسبتاً بالا (بالتر از ۶ و کمتر از ۲۵) ❖ کریگلر نجار تیپ دو

❖ نسبتاً پایین (کمتر از ۶) ❖ دو حالت داره. اگر هموگلوبین هم پایین باشه بیماری همولیتیکه ولی اگه هموگلوبین نرمال باشه سندرم ژیلبرتیه. این پسر جوون اومده با زردی و هایپر بیلی‌روبینمی غیر مستقیم؛ پس الف و ب همین اول پُر! عدد بیلی‌روبین توتال هم ۶ اومده. پس یا ژیلبرتیه یا بیماری همولیتیکی مثل G6PD deficiency.

۱۵۴ کریگلر نجار

❖ تیپ یک ❖ بیشتر نوزادان درگیر میشن. در تیپ یک آنزیم مسئول کونژوگاسیون فعالیتش در حد صفر است و در واقع نجار نوزادمون بیکاره! (👉) بیلی‌روبین خیلی بالا میره از ۲۰ هم بیشتر و تقریباً تمام بیلی‌روبین به صورت غیر کونژوگه باقی می‌مونه. این نوزادان در معرض کرن‌ایکتروسن و در صورت عدم تشخیص دچار عقب ماندگی ذهنی و مرگ میشن.

❖ تیپ دو ❖ آنزیم مسئول کونژوگاسیون خیلی کم و در حد ۱۰٪ فعالیت داره. بیلی‌روبین توتال عددی بین ۶ تا ۲۰ داره. برای جلوگیری از ایجاد کرن‌ایکتروس، میشه فنوباربیتال تجویز کرد.

ژیلبرت = پرسؤالترین مبحث این فصل

۱۵۵ آنزیم مسئول کونژوگاسیون در حدود ۳۵٪ فعالیت دارد و عدد بیلی‌روبین توتال کمتر از ۶ گزارش میشه. افراد مبتلا به ژیلبرت با گرسنگی، خستگی، استرس زیاد، مصرف الکل یا سرماخوردگی، به دنبال مصرف داروهای بیماری ایدز مثل ایندیناویر و... زردی‌شون تشدید میشه. کلاً بیخ کنی، زرد میشن! (👉)

ژیلبرت اغلب هنگام بلوغ یا کمی بعد از آن طی آزمایشات روتین تشخیص داده می‌شود. هیچ خطری این افراد رو تهدید نمی‌کنه پس هیچ اقدام درمانی یا تشخیصی‌ای نیاز نیست و باید به بیمار فقط اطمینان داد که حالش خوبه! مثل این اینترنتن بخش داخلی که بعد کشیک افتضاح بخش گوارش یا زردی، درد شکم و هایپر بیلی‌روبینمی غیرمستقیم اومده. اولین تشخیص ما همین ژیلبرت است. احتمالاً از دوران راهنمایی هم همچین حالتایی داشته و دیشب بعد کشیک، گشنگی و خستگی حالتش عود کرده! بهش توصیه می‌کنیم برو تو پابوون

بخواوب خوب میشی ♥

۲ آقای ۲۳ ساله / با زردی متناوب از مدت‌ها پیش /

دارای bilirubin direct 0.24 mg/dl, bilirubin total 6 mg/dl.

۱۵۶ mg/dl. کدام یک از تشخیص‌های زیر بیشتر مطرح

است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴ - قطب تبریز)

الف) سندرم روتور

ب) سندرم دووین جانسون

ج) crigler-Najjar Type I

د) G6PD deficiency

۲ آقای ۲۵ ساله به علت ایکتر مراجعه نموده -

انند. در معاینه غیر از اسکلرای ایکتریک نکته دیگری مشاهده نشد. در آزمایشات:

AST= 25, ALP= 150, WBC= 4500

ALT= 35, T.Bil= 10, D.Bil= 1, Hg= 14

محتمل‌ترین تشخیص چیست؟ (پره‌انترنی اسفند

۹۵ - قطب آزاد)

الف) دووین جانسون

ب) ژیلبرت

ج) کریگلر نجار II

د) روتور

۲ آقای دانشجو ۲۳ ساله‌ای با سابقه‌ی ایکتر

جهت بررسی ارجاع شده است. سابقه‌ی مصرف

دارو الکل و بیماری خاص ندارد. در بررسی‌ها

آزمایشات آمینوترانسفرازها و الکالین فسفاتاز نرمال

Bill T=4.5 mg/dl, Bill D= 0.5 mg/dl ویرال منفی

می‌باشد. احتمالاً تشخیص بیمار کدام است؟ (پره

انترنی آذر ۹۸ - میان‌دوره کشوری)

۱۵۷ شروع سیروز صفراوی اولیه و توصیه به

بیوپسی کبد

ب) سندرم ژیلبرت و اطمینان به بیمار

ج) هپاتیت توکسیک - توصیه به بیوپسی کبد

د) هپاتیت اتوایمون - توصیه به بیوپسی کبد

سؤال	۲	۳	۴
پاسخ	د	ج	ب



علل هایپر بیلی روبینمی کونژوگه

۵ آقای ۲۰ ساله به علت زردی اسکلرا مراجعه

می‌کند. با توجه به آزمایشات محتمل‌ترین تشخیص

کدام است؟ (پره‌اترنی اسفند ۹۴ - قطب تهران)

Bili.T= 5, Bili.D=3.5, AST=25, ALT= 30, Alk.p=220

PT=12, INR=1, Serum albumin=4

کریگلر نجار

دوبین جانسون

هپاتیت A

ژلبرت

روتور و سندرم دوبین جانسون دو بیماری نادر، ارثی و اوتوزومال مغلوبند که از علل افزایش بیلی روبین مستقیم می‌باشند. بیلی روبین مستقیم در این بیماران بین ۲-۵ mg/dl خواهد بود.

پس اگر بیماری با زردی اومد مثل این پسر ۲۰ ساله که تمام تست‌های کبدش نرمال بود و فقط بیلی روبین بالا داشت اول چک می‌کنی ببینی مستقیمه یا نه. مثلاً اینجا بیلی توتالش ۵ و مستقیمش ۳.۵. خب تابلو هایپر بیلی روبینیمیه مستقیمه. پس یا دوبین جانسون یا روتور.

دوبین جانسون

علائم بیماری شامل زردی و گاهی ضعف و خستگی. در آزمایشات تمام تست‌های کبدی به غیر از بیلی روبین نرماله. افزایش بیلی روبین مستقیم در حدود بازه‌ی ۲-۵ و گاهی بالاتر است. در معاینه گاهی هپاتومگالی دارند.

با مصرف قرص‌های OCP و یا طی حاملگی ایکترشون تشدید میشه چون OCP میتونه کلستاز ناشی از دارو بده.

در بررسی کوله سیستوگرافی در دوبین جانسون کیسه صفرا دیده نمی‌شود. این در حالیست که در روتور دیده می‌شود.

👁 پرو سراغ تست تمرینی؛ خستگی امتحان رو بشوره ببره!

تراژدی این نیست که تنها باشی!

بلکه این است که : نتوانی تنها باشی!

گاهی آماده‌ام همه چیزم را برهم تا هیچ پیونری

با جهان انسان‌ها، نداشته باشم...!

#آلبر کامو

			۵	سؤال
			ب	پاسخ

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
هیپاتیت‌های ویروسی	خیلی مهم	۴

همه‌ی ویروس‌های هیپاتیت، RNA ویروس هستند به جز هیپاتیت B که DNA ویروس است.

مراحل آلوده شدن توسط ویروس

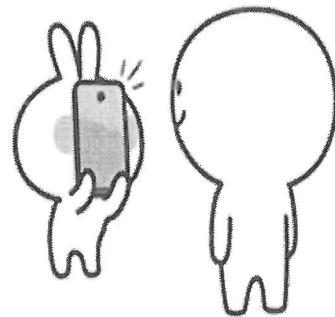
۱- incubation period (دوره نهفتگی) ☞ به فاصله‌ی زمانی ورود ویروس به بدن و کبد تا زمان بروز علائم دوره‌ی نهفتگی گفته می‌شود. این دوره در هیپاتیت B و D بیشتر از بقیه است. در این مدت ویروس به صورت مخفیانه در کبد زاد و ولد می‌کند.

۲- فاز پرودرومال یا پره‌ایکتریک ☞ در این فاز علائمی مثل سرماخوردگی و تب ایجاد می‌شود. تب در هیپاتیت B و C خیلی نادره مگر اینکه هیپاتیت B همراه با واکنش Serum Sickness like (درد مفاصل، آرتریت، راش، آنژیوادم، هماجوری و غیره) باشد.

۳- کلینیکال یا ایکتریک ☞ در این مرحله علائم اصلی هیپاتیت مثل زردی و درد ناحیه RUQ شکم و ادرار پررنگ و مدفوع کمرنگ ظاهر می‌شود. سطح ALT, AST تو این مرحله خیلی بالاست.

☞ علائم هیپاتیت می‌تونه خفیف در حد سرماخوردگی باشه یا شدید در حد هیپاتیت فولمینانت با آسیت، ادم و انسفالوپاتی میاد و اندیکاسیون بستری داره.

۴- ریکاوری ☞ علائم بیمار رو به بهبودی میره و ویروس از بدن پاک میشه مگر اینکه بیمار بدشانس باشه و هیپاتیت مزمن ایجاد بشه؛ یعنی ویروس بیش از ۶ ماه تو بدن بمونه.



مزمّن شدن هیپاتیت‌ها

☞ کیا مزمّن نمیشن ☞ هیپاتیت A و E

☞ هیپاتیت B ☞ اگر ایمنی فرد کامل باشه فقط ۲٪ احتمال مزمّن شدن داره. در نوزادی که از مادرش هیپاتیت B رو بگیره، احتمالش به یه درصد خوبی می‌رسه ☞ ۸۵٪. چون ایمنی نوزاد موقع ابتلا نصفه و نیمه‌اس.

☞ هیپاتیت C ☞ که در ۸۵٪ موارد مزمّن میشه. احتمال مزمّن شدن ☞ دوم هیپاتیت در آدم بالغ بیشتره؟ همین سی!

☞ هیپاتیت D ☞ به تنهایی نمی‌تونه مزمّن بشه. فقط وقتی با هیپاتیت B همراه بشه، می‌تونه مزمّن بشه. اگر Co-Infection باشه ۲٪ و اگر Super-Infection ۸۰٪ احتمال مزمّن شدن داره.

☞ اگر B و D همزمان باهم شروع شن ☞ Co-Infection

۱ احتمال مزمّن شدن کدام یک از هیپاتیت‌های ویروسی در یک فرد بالغ بیشتر است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۳ - قطب اهواز)

A ☐

B ☐

C ☐

D ☐

E ☐

A ☐

B ☐

C ☐

D ☐

E ☐

سؤال

پاسخ

۱

ب



که اگر اول فرد هپاتیت B داشته باشد و بعداً D روش سوار بشه Super-Infection

اپیدمیولوژی و شایع‌ترین راه‌های انتقال هپاتیت

۲ کدام یک از ویروس‌های هپاتیت از راه Fe-

cal-oral منتقل می‌شوند؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴

- قطب همدان)

HBV-HEV ☐

HBV-HCV ☐

HCV-HAV ☐

HAV-HEV ☐

هپاتیت A Oral-Fecal، از طریق Pre-natal (از مادر به نوزاد هنگام زایمان) امکان انتقال ندارد.

هپاتیت B پرکوتانئوس، Sexual، Pre-natal،

هپاتیت D پرکوتانئوس، (شایع‌تر) Sexual، Pre-natal،

هپاتیت C پرکوتانئوس (شایع‌ترین راه انتقال هپاتیت C به ویژه در

معتادان تزریقی)، Sexual، Pre-natal،

هپاتیت E فقط Oral-Fecal

منظور از انتقال پرکوتانئوس، راه‌هایی مثل استفاده از سرنگ مشترک در معتادان تزریقی، needle stick شدن با سوزن آلوده به ویروس، کاتترهای دیالیزی و... است که از طریق پوست فرد را آلوده می‌کند.

هپاتیت از راه شیردهی منتقل نمیشه. شایع‌ترین راه انتقال هپاتیت از مادر به نوزاد در هنگام زایمان است (Pre-natal).

هپاتیت A

ویروس هپاتیت A دوره‌ی نهفتگی چهار هفته‌ای دارد. راه انتقال آن oral-fe-cal است. ویروس در اواخر دوره‌ی نهفتگی و اوایل فاز پرودرومال (پره‌ایکتریک)، در مدفوع دفع می‌شود؛ پس قابلیت انتقال و بیماری‌زایی دارد.

هپاتیت A در کی و کجا شایعه؟ مهدکودک، مردان homosexual و همچنین افراد معتاد تزریقی.

تشخیص تست مخصوص هپاتیت A، IgM-Anti HAV هست که حداکثر ۶ تا ۱۲ ماه مثبت می‌مونه و بعدش در فاز ریکواری، مارکر IgG-Anti HAV مثبت میشه که تا آخر عمر در خون مثبت میشه که به فرد ایمنی میده. پس هرکس فقط یک بار هپاتیت A می‌گیره، مگر در موارد عودکننده که خود به خود خوب میشه. که اگر یادت باشه هپاتیت A و E هیچ وقت مزمن نمی‌شدن؛ پس مثبت شدن IgG-Anti HAV نشانه‌ی ازمان بیماری نیست، فقط به معنی ابتلا

قبلی به هپاتیت A و بهبود در حال حاضر بیمار است..

عوارض هپاتیت A هپاتیت عودکننده و هپاتیت کلساتیک که هیچکدومش هم خطرناک نیست.

درمان هپاتیت A خودش خوب میشه و درمان خاصی لازم نیست. فقط حمایتی.

۲ در کشورهای در حال توسعه بیش‌ترین راه

انتقال عفونت هپاتیت B از مادر به فرزند، کدام

یک از موارد زیر است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۵

- قطب اهواز)

انتقال داخل رحمی ☐

انتقال حوالی زایمان ☐

شیردهی ☐

انتقال جلدی ☐

۴ آقای ۲۷ ساله با علائم ضعف و بی‌حالی و بی‌اشتهایی

و درد مبهم در ناحیه RUQ مراجعه کرده است. بعد از دو

هفته این علائم کاهش یافته و بیمار دچار ایکتر شده

است. آزمایشات به قرار زیر است:

ALT=1260, AST=890, Alk-p=230, Bili.T= 16, Bili.

D= 11, IgM anti-HAV=+, HBSAG= -, HCVAB= -,

HBAB= -

کدام تشخیص مطرح است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴ -

قطب اصفهان)

هپاتیت حاد A ☐

هپاتیت حاد B ☐

هپاتیت حاد A و B ☐

هپاتیت مزمن B ☐

سؤال	۲	۳	۴
پاسخ	د	ب	الف

پنج هپاتیت B حاد

اولین مارکری که مثبت می‌شود، HBs-Ag است. اگر HBs-Ag بیشتر از ۶ ماه مثبت باقی بماند، بیماری مزمن شده است.

چند هفته بعد از پاک شدن HBs-Ag از خون، HBs-Ab مثبت می‌شود و تا آخر عمر مثبت باقی می‌ماند. البته ممکنه سال‌ها بعد در آزمایش منفی بشه ولی همچنان Ab در بدن هست و به فرد مصونیت میده.

پنج به فاصله‌ی چند هفته‌ای منفی شدن HBs-Ag تا مثبت شدن HBs-Ab دوره‌ی پنجره (Window period) گفته می‌شود که تنها مارکری که در دوره‌ی پنجره در خون حضور دارد HBc-Ab از نوع IgM است.

شدت آسیب کبدی با میزان HBs-Ag رابطه‌ی عکس داره؛ در آسیب‌های خیلی شدید کبدی میزان HBs-Ag بسیار پایینه و حتی ممکنه منفی بشه! در فاز ریکاوری دو مارکر HBs-Ab و HBc-Ab نوع IgG مثبت هستند.

واکسن هپاتیت B حاوی HBs-Ag است و باعث مثبت شدن HBs-Ab می‌شود.

که HBc-Ag هرگز وارد خون نمیشه و از هپاتوسیت بیرون نمی‌ریزه. پس اگر یک وقت تو درخواست آزمایشات خون، HBc-Ag نوشتی منتظر باش یکی دو

نفر بی‌سواد صدات کنن

پنج که مادر بارداری که مبتلا به هپاتیت B و HBs-Ag مثبت باشه در صورتی که HBe-Ag مثبت هم داشته باشه به احتمال ۹۰٪ به نوزادش منتقل می‌کنه. اگر HBe-Ag منفی باشه احتمال انتقال به نوزاد کمتره ولی همچنان وجود داره. این نوزادان ناقل بدون علامتند که در آن‌ها احتمال ۳ عارضه‌ی مهم هپاتیت به شدت بالا میره:

هپاتیت مزمن فیروز و سیروز کبدی هپاتوسلولار کارسینوما

هپاتیت B مزمن

گفتیم وقتی HBs-Ag بعد از ۶ ماه همچنان مثبت بمونه، بیماری مزمن شده. در افرادی که هپاتیت B حاد تبدیل به مزمن بشه، ریسک سیروز و هپاتوسلولار کارسینوما بالا میره.

در فاز مزمن هپاتیت بی ممکن است بیماری خاموش یا فعال باشه. فعال بودن بیماری بر حسب تکثیر شدن ویروس است. پس هپاتیت بی مزمن دو فاز replicative (فعال) و non-replicative (خاموش) دارد که توی جدول صفحه‌ی مقابل مقایسه می‌کنیم.

۵ یک دانشجوی پزشکی با سوزن آلوده به

خون بیمار مبتلا به هپاتیت B دچار needle stick شده است. در صورتی که دچار هپاتیت B شود کدامیک از موارد ذیل زودتر افزایش می‌یابد؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۵ - قطب کرمان)

AST IgM Anti HBc Ab
HBS Ag total Bili

۶ آقای ۲۸ ساله که با شکایت تب، ضعف و

میالژی از یک هفته قبل و اکترا از دو روز قبل مراجعه کرده است. در آزمایشات انجام شده: AST=400, ALT=560, Aik.P.=290, bili=1, HBS Ag (-).

HCV Ab (-), HBS Ab (-), HAV Ab (-) b

جهت تشخیص کدامیک از تست‌های زیر در این مرحله کمک‌کننده‌تر است؟ (پره‌انترنی تیر ۹۷ - میان‌دوره کشوری)

سونوگرافی کبد

چک anti HBC Ab IgG

چک anti HBC Ab IgM

الکتروفورز پروتئین‌های سرم

۷ در عفونت HBV کسب شده در زمان تولد

نسبت به عفونت HBV کسب شده در دوره‌ی بزرگسالی همه موارد زیر بیشتر اتفاق می‌افتد، بجز: (پره‌انترنی شهریور ۹۴ - قطب اهواز)

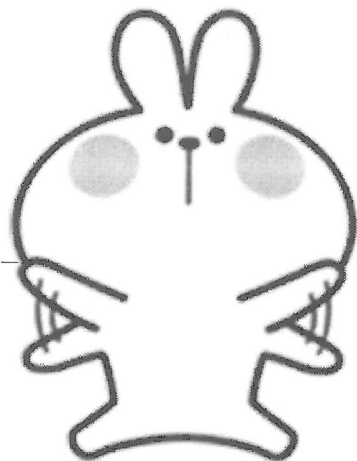
هپاتیت حاد

هپاتیت مزمن

کارسینوم سلول کبدی

سیروز

سوال	۵	۶	۷
پاسخ	ج	ج	الف



مارکرها	فاز هپاتیت B مزمن
HBs-Ag مثبت HBe-Ag مثبت (نشانه‌ی مزمن بودن بیماری) HBe-Ag مثبت (نشانه‌ی تکثیر ویروس) HBe-Ab منفی	فاز replicative
+ HBs-Ag HBe-Ag منفی (نشانه‌ی عدم تکثیر ویروس) HBe-Ab مثبت	فاز non-replicative

که HBe-Ag مارکر نشان دهنده‌ی تکثیر ویروس است که در فاز حاد هم مثبت می‌شود و مختص فاز مزمن نیست.

که همیشه برای تشخیص حاد یا مزمن بودن هپاتیت B از روی HBe-Ab قضاوت می‌کنیم:

هپاتیت B حاد HBe-Ab-IgM

هپاتیت B مزمن HBe-Ab-IgG

پنج حالت شایع سؤالات هپاتیت B رو با هم دوره کنیم:

تشنیص	مارکهای ویروسی
هپاتیت حاد B	HBs-Ag + / HBe-Ab-IgM + / HBe-Ag +
هپاتیت مزمن B	HBs-Ag + / HBs-Ab - / HBe-Ab-IgG +
کسی که واکسن زده بیماری که قبلاً مبتلا شده و حالا کامل بهیود یافته.	فقط HBs-Ab +
دوره ی پنجره هپاتیت B حاد شدید که چون گفتیم در موارد شدید HBs-Ag میتونه منفی بشه، الان این مریض میتونه هپاتیت حاد خیلی شدید داشته باشه.	فقط HBe-Ab-IgM +
فاز ریکاوری	هم HBs-Ab + / هم HBe-Ab - + IgG

۸ آقای ۳۹ ساله پرسنل آزمایشگاه،

با آزمایشات زیر مراجعه کرده است:

HBsAg=(-), HBs Ab=100 (Normal>10),

HBc Ab IgG=(+), HBeAg=(-), HBe Ab =(+)

کدامیک از تشنصهای زیر مطرح است؟

(پرهانتری شهریور ۹۵- قطب زنجان)

ا بهیود یافته از هپاتیت B

ب ایمنی پس از واکسناسیون هپاتیت B

ج هپاتیت B ناقل مزمن

د هپاتیت حاد B

۸

سؤال

الف

پاسخ

پس به جمع‌بندی کنیم؛ ویروس هپاتیت کامل با خودش HBs-Ag، HBe-Ag و HBe-Ab (در فاز حاد IgM و در فاز مزمن IgG) و HBe-Ag دارد، پس می‌تونه Ab هر کدام رو هم تولید کنه. پس فرق واکسیناسیون با بهبودی کامل و ریکآوری چیه؟
 هپاتیتی که خوب شده یا همون فاز ریکآوری فقط Hbs-Ab و HBe-Ab از نوع مزمن یعنی IgG می‌بینیم.
 واکسن هپاتیت فقط HBs-Ag دارد در نتیجه تو خون HBs-Ab می‌بینیم. پس تفاوت واکسن و ریکآوری تو HBe-Ab است.

هپاتیت C

ویروس هپاتیت C پس از ورود به بدن ساب‌تایپ‌های متفاوتی می‌سازد که بدن فقط علیه یکی از آن‌ها HCV-Ab تولید می‌کند؛ به همین دلیل برای هپاتیت C واکسن نداریم.
 هپاتیت C در ۸۵ تا ۹۰ درصد موارد مزمن می‌شود که در این حالت گاهی حتی HCV-Ab هم پاک می‌شود.

در کل HCV-Ab مارکر خوبی برای تشخیص هپاتیت C نیست. چرا؟

هپاتیت C دیر مثبت میشه.

مثبت کاذب داره. مثلاً در مواردی که RF (روماتوئید فاکتور) مثبت باشه یا بیمار سابقه‌ی تزریق خون داشته باشه مثبت کاذب داریم.

پس در صورت مثبت شدن تست HCV-Ab باید حتماً تست RIBA و یا HCV-RNA درخواست شود که صحت تشخیص هپاتیت C را اثبات کند. حساس‌ترین و دقیق‌ترین روش برای تشخیص هپاتیت C، HCV-RNA است که چند روز پس از تماس با ویروس مثبت می‌شود. دو مزیت خیلی مهم داره: ۱- جوابش زود حاضر میشه. ۲- در افراد ایمنونوساپرس مثل ایدز که آنتی‌بادی تولید نمی‌کنن هم می‌تونه هپاتیت C رو تشخیص بده.

غیربالگری هپاتیت C در افراد پرخطر مثل معتادان تزریقی با اندازه‌گیری HCV Antibody انجام میشه.

پیشگیری هپاتیت C ایمونوگلوبولین (IG) نقشی در پیشگیری از هپاتیت C ندارد و پس از تماس اتفاقی، تجویز آن توصیه نمی‌شود. واکسن هم که نداشت.

هپاتیت D

ویروس هپاتیت D برای اینکه به کبد صدمه بزند حتماً باید با هپاتیت B همراه بشه. قبلاً هم گفتیم که دو حالت داره:

۱. کدامیک از آزمایشات زیر در افتراق بیمار با سابقه واکسیناسیون هپاتیت B و بیمار با سابقه ابتلا قبل به هپاتیت B کمک کننده‌تر است؟
 (پره‌اترنی شهریور ۹۹ - کشوری)

HBs Ag ☐

HBe Ab ☐

HBe Ab ☐

HBs Ab ☐

۱۰. خانم ۲۸ ساله‌ای جهت بررسی آزمایشات مربوط به نازایی مراجعه کرده است. HCV Ab وی مثبت گزارش شده است. بیمار سابقه ایکتر و بیماری کبدی را ذکر نمی‌کند. آزمایشات به شرح ذیل است:

ALT= 30u/l , AST= 28u/l , ALk-P= 190u/l Bilirubin= 1.3mg/dl , Bilirubin D = 0.5mg/dl

اقدام مناسب کدام است؟ (پره‌اترنی اسفند ۹۳ - قطب اهواز)

بیوپسی کبد ☐

تکرار آزمایش سرولوژیک ☐

بررسی ژنوتیپ ویروس ☐

HCV-RNA ☐

سوال	۹	۱۰		
پاسخ	ج	د		



۱۱ در بیماری با علائم هپاتیت حاد که در بررسی‌های اولیه به عمل آمده HBSAg و Anti HDV دارد، کدام آزمایش زیر به تعیین ارتباط این دو عفونت کمک میکند؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶ - قطب مشهد)

- ☐ A HBeAg
- ☐ B Anti HBe
- ☐ C IgM Anti HBC
- ☐ D HDV PCR

پاسخ: Co-Infection: فرد همزمان به هپاتیت B و D مبتلا می‌شود. این حالت مرگ و میر را افزایش نمی‌دهد مگر در معتادان تزریقی.

مارکرهای آزمایشگاهی مثبت در Co-Infection

HDV-Ag / HBc-Ag-IgM / HBs-Ag

Super-Infection: در این حالت فرد هپاتیت B مزمن داشته که D روش سوار میشه در نتیجه وضع بیمار بدتر میشه و هپاتیت D هم مزمن میشه. در سوپر اینفکشن خطر هپاتیت فولمینانت و مرگ خفگی بالا میره.

مارکرهای آزمایشگاهی مثبت در Super-Infection: HBs-Ag / HBc-Ag-IgG /

HDV-Ag. جلول زیر رو ببین.

میزان ALT و AST	تشخیص
۱۰ تا ۴۰	نرمال
افزایش شدید (بیشتر از ۵۰۰)	بیماری حاد هپاتوسلولر مثل هپاتیت حاد ویروسی
افزایش خفیف (حداکثر تا ۳۰۰)	بیماری هپاتوسلولر مزمن: شایع‌ترین‌ها کبد چرب و همچنین هپاتیت مزمن، سیروز و... و یا بیماری کلساتیک مزمن

۱۲ آقای ۳۸ ساله با ایکتر از سه روز قبل با ALT: ۱۰۰۰، AST: ۸۰۰ مراجعه کرده است. همه تست‌های تشخیصی زیر در اولین برخورد توصیه می‌شود، به جز: (پره انترنی دی ۹۹ - میان‌دوره کشوری)

- ☐ A HBSAg
- ☐ B HCVAb
- ☐ C HAVAb (IgM)
- ☐ D HBeAg

پاسخ: یه مریضی با علائم زردی، درد RUQ شکم، تهوع و استفراغ اومده. تو آزمایشاتش هم آنزیم‌های کبدی افزایش یافته داره. انشالله که به هپاتیت شک کردی. برایش چه آزمایشاتی درخواست می‌کنی؟

مارکرهای هپاتیت ویروسی: HBs-Ag / HBc-Ag-IgM / HCV-Ag /

HAV-Ag-IgM

سطح ادراری استامینوفن

میزان سرولولپلاسمین خون

پیشگیری هپاتیت‌ها

پیشگیری هپاتیت A

در تماس‌های اتفاقی مثلاً درون اداره، مدرسه یا بیمارستان نیازی به پیشگیری نیست.

به کیا باید ایمونوگلوبولین بدیم؟

در افرادی که در معرض قرار گرفته‌اند.

در افرادی که در تماس نزدیک و صمیمی با فرد مبتلا هستند مثلاً درون خانواده، مؤسسات مثل مهدکودک‌ها یا تماس جنسی با این افراد.

سؤال	۱۱	۱۲	
پاسخ	ج	د	

پیشگیری هپاتیت B

❖ به کیا باید واکسن و ایمونوگلوبولین رو با هم بدیم؟ افرادی که دو شرط زیر رو باهم داشته باشن.

❗ تمامی افرادی که با ترشحات افراد HBs-Ag مثبت از طریق تلقیح پوستی یا مخاطی، نیدل استیک شدن یا بلع مواد تماس داشته‌اند.

❗ قبلاً واکسن هپاتیت نزده باشه یا یادش نیاد زده یا نه.

❖ این افراد چجوری باید واکسن و ایمونوگلوبولین رو بگیرن؟

باید یک دوز ایمونوگلوبولین (HBIG) عضلانی به مقدار ۰,۰۶ml/kg بلافاصله بعد از تماس و سپس دوره‌ی کامل واکسیناسیون سه دوزی را با شروع در هفته‌ی اول انجام دریافت کنند.

حالا اگر پرستاری با شکایت نیدل استیک شدن بیاد، به ترتیب چیکار می‌کنی؟

❖ سابقه‌ی واکسن هپاتیت رو می‌پرسی:

❖ اگر زده بود \Rightarrow تیتراژ HBS Ab رو چک می‌کنی. که اگر زیر ۱۰ بود فقط براش دوز بویستر رو میزنی ولی اگر بالای ۱۰ بود می‌فرستیش بره خونه!
❖ اگر نزده بود یا یادش نبود \Rightarrow طبق بالا هم ایمونوگلوبولین و هم سه دوز کامل واکسن رو بهش میزنی.

❖ در صورت تماس جنسی با فرد مبتلا به هپاتیت B حاد باید دوز منفرد ایمونوگلوبولین (HBIG) را در مدت ۱۴ روز اول بعد از تماس به همراه واکسن دریافت کند.

❖ واکسن و HBIG را می‌توان همزمان و در دو محل مختلف تزریق کرد.

❖ ❖ تزریق واکسن در بارداری مشکلی ایجاد نمی‌کند. اولین اقدام در نوزادی که از مادر HBs-Ag مثبت متولد شده تزریق بلافاصله‌ی HBIG و شروع واکسیناسیون سه دوزی در عرض ۱۲ ساعت می‌باشد.
❖ واکسن هپاتیت B به افراد در معرض خطر از هپاتیت D هم پیشگیری می‌کند.

درمان هپاتیت‌ها

❖ ❖ در هپاتیت حاد B درمانی نیاز نیست فقط بیمار رو پیگیری می‌کنیم. ولی اگر شدید بود \Rightarrow قرص ضد ویروس لامی‌وودین \Rightarrow تجویز می‌کنیم.
HBV-DNA معیار حساسی برای تکثیر ویروس است به همین دلیل برای تعیین درمان ضد ویروسی بسیار کمک کننده است و انجام آن قبل از شروع دارو توصیه می‌شود.

۱۲ خانم ۲۲ ساله که در آزمایشگاه کار می‌کند با

فرد مبتلا به هپاتیت B، needle stick شده است. سابقه‌ی واکسیناسیون ندارد. کدام اقدام را توصیه می‌کنید؟ (پره‌انترنی تیر ۹۷ - میان‌دوره کشوری)

الف واکسیناسیون هپاتیت B

ب تنوفویر به مدت ۲۸ روز

ج واکسیناسیون هپاتیت B به همراه HBIG

د HBIG

۱۴ به جهت پیشگیری از انتقال ویروس هپاتیت B

از مادر باردار ناقل ویروس به نوزاد کدام توصیه کامل‌تر و صحیح‌تر است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۵ - قطب تهران)

الف تزریق ایمونوگلوبولین انسانی در روز تولد به نوزاد

ب تزریق واکسن هپاتیت B در روز تولد به نوزاد

ج تزریق واکسن هپاتیت B و HBIG در روز تولد به نوزاد

د تزریق HBIG در روز تولد به نوزاد

۱۵ خانم ۴۲ ساله با تهوع و استفراغ و بی‌اشتهایی

از دو هفته قبل مراجعه کرده است. از روز گذشته علائم بیمار کاهش پیدا کرده است ولی اسکلرا ایکتریک است. در آزمایشات:

HBcAb IgM+, HbsAg- INR=1 , Bil-T=5.5mg/dl ,
ALK=339U/L , ALT=58U/L.

بهترین اقدام کدام است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۳ - قطب تبریز)

الف رژیم پرکالری و محدودیت فعالیت فیزیکی

ب درمان با گلوکوکورتیکوئیدها

ج درمان ضد ویروسی

د تجویز لاکتولوز

سوال	۱۵	۱۴	۱۳	
پاسخ	الف	ج	ج	



در هپاتیت C، اگر مریض خوش شانس باشد، بهبودی خود به خودی ایجاد می‌شود؛ پس می‌تونیم درمان ضد ویروسی با اینترفرون و یا سوفوسبوویر رو به مدت ۳-۴ ماه یا حتی تا ۶ ماه عقب بندازیم. اگر تو این فاصله HCV RNA بیمار مثبت شد یا بیمار بعد از چند ماه خوب نشد، برای جلوگیری از مزمن شدن هپاتیت، درمان ضد ویروسی رو شروع می‌کنیم. یادته که هپاتیت C، احتمال ازمانش چقدر زیاد بود؟

اندیکاسیون‌های بستری PT طولانی، آلبومین سرم پایین، بیلی‌روبین بسیار بالا، هایپوگلیسمی.

اگر بیمار اندیکاسیون بستری نداشت، ۲ تا ۳ هفته استراحت همراه با دریافت رژیم پرکالری توصیه می‌شود.

اندیکاسیون‌های ایزوله کردن بیمار بیمار مبتلا به هپاتیت A یا E دچار بی‌اختیاری مدفوع و یا بیمار مبتلا به هپاتیت B یا C دچار خون‌ریزی شدید و کنترل نشده.

ترسناک‌ترین عارضه‌ی هپاتیت ویروسی، هپاتیت فولمینانت (برق‌آسا) است که سبب نکرور گسترده کبدی شده و عمدتاً در هپاتیت B و D و E دیده می‌شود. اولین علامت بیمار معمولاً انسفالوپاتی زودرس، کمای عمیق، تغییر الگوی خواب و در کل تغییر هوشیاری است؛ پس این ویژگی، نگران‌کننده‌ترین یافته در یک فرد مبتلا به هپاتیت حاد است. در هپاتیت فولمینانت، کبد معمولاً کوچک شده و PT بیش از حد طولانی می‌شود. درمان هپاتیت فولمینانت، حمایتی بوده و بیمار باید تحت رژیم با محدودیت پروتئین قرار گیرد و همچنین لاکتولوز یا نئومایسین خوراکی دریافت کند. هاریسون می‌گه، تجویز آنتی‌بیوتیک پروفیلاکتیک، تنها عامل افزایش بقای این بیماران است. ولی سیسیل می‌گه: در انسفالوپاتی شدید و کوآگولوپاتی و همچنین بیمارانی که احتمال بهبودی خودبخودی ندارند، پیوند کبد را انتخاب می‌کنیم.

تست تمرینی منتظر ته.

۱۶ سپر ۲۹ ساله‌ای با سابقه‌ی ایکتر از هفته قبل به اورژانس مراجعه می‌کند. در بررسی آزمایشگاهی $INR=2.5$ و افزایش آنزیم‌های کبدی دارد. از روز گذشته نیز مختصر کنفوزیون پیدا کرده است. اولین علامت برای تشخیص نارسایی حاد کبدی در وی کدام است؟ (پره انترنی آذر ۹۸- میان‌دوره کشوری)

ایکتر

INR بیش از ۱.۵ برابر

انسفالوپاتی

آنزیم‌های کبدی بیش از ۱۰۰ برابر

سؤال	۱۶			
پاسخ	ج			

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
سیروز کبدی و عوارض آن	مهم	۳

سیروز کبدی به علل مختلفی مثل سوء مصرف الکل، هپاتیت C، کبد چرب غیرالکلی و علل کمتر شایع شامل نارسایی قلب راست، پریکاردیت فشارنده، سندرم بودکیاری، هموکروماتوز، ویلسون و... ایجاد میشه.

در سیروز سه تغییر مهم اتفاق می افتد که تمام علائم بیماری را توجیه می کند:

❶ اختلال فعالیت هپاتوسلولار: هیپوآلبومینمی، افزایش بیلی روبین و آنزیم های کبدی و...
❷ هپاتوسلولار کارسینوما

❸ پورتال هایپرنتشن: ایجاد آسیت، سندرم هپاتوپولمونری و انسفالوپاتی کبدی.

که دو عارضه ی مهم آسیت، پریتونیت باکتریال خودبخودی و سندرم هپاتورنال است. افزایش فشار در ورید پورت (Portal HTN) باعث برگشتن این فشار بالای خون به ارگان ها و عوارض زیر می شود:

۱- اسپلنومگالی ➡ به دنبالش ترومبوسیتوپنی و پان سیتوپنی داریم.

۲- واریس مری ➡ مهم ترین علت خونریزی گوارشی شدید در بیماران سیروتیک است. خونریزی گوارشی شایع ترین علت انسفالوپاتی کبدی می باشد.

۳- آسیت

علائم بالینی سیروز

۱- خستگی، بی حالی، افزایش دور شکم و احساس ناراحتی در شکم

۲- زردی به علت افزایش بیلی روبین، اختلالات انعقادی به علت کاهش ساخت فاکتورهای انعقادی و هایپوآلبومینمی

۳- بزرگ، فیبروتیک و سنگ شدن قوام کبد، افزایش فشار ورید پورت

۴- نهایتاً بروز هپاتوسلولار کارسینوما -

عوارض سیروز کبدی

۱- واریس مری

گرایان فشار ورید پورت در حالت عادی بین ۵ تا ۱۰ میلی متر جیوه است. در صورتی که این عدد به بالای ۱۲ برسد، بیمار به شدت در معرض خطر پارگی واریس های مری قرار می گیرد که مرگ و میر بسیار بالایی حدود ۱۵ تا ۳۰ درصد دارد.

برای جلوگیری از این عارضه بیماران سیروتیک رو به صورت دوره ای با اندوسکوپی پیگیری می کنیم تا در صورت داشتن واریس مری جهت پیشگیری از پارگی واریس و خونریزی شدیدش پروفیلاکسی اولیه دریافت کنن.

۱ تمام گزینه های زیر جزء عوارض ماژور

سیروز به دلیل Hepatocellular dysfunction است

بجز؟ (پره انترنی اسفند ۹۴- قطب کرمان)

ا) ایکتر

ب) کوآگولوپاتی

ج) خونریزی واریس مری

د) هیپوآلبومینمی



سؤال	۱
پاسخ	ج



منظور از پروفیلاکسی اولیه چیه؟

تجویز بتا بلوکرهای غیرانتخابی مثل پروپرانولول، نادالول یا کارودیلول

انجام Band Ligation

درمان واریس مری: وقتی کار از کار می‌گذره و بیمار با خونریزی به

دنبال ترکیدن واریس مری میاد، چند کار به صورت اورژانسی باید انجام بشه:

۱- اول از همه پایدار کردن وضعیت همودینامیک بیمار: در صورت نیاز تزریق خون رو

هم در نظر می‌گیریم تا سطح هموگلوبین بیمار رو بالای ۷-۸ نگه داریم.

۲- تجویز داروی وازواکتیو (آنالوگ سوماتواستاتین) مثل اکترئوتاید به مدت ۲ تا ۵ روز.

۳- انجام اندوسکوپی اورژانس طی ۱۲ ساعت

۴- انجام اقدامات درمانی نظیر Band Ligation (انتخابی) یا اسکروتراپی

۵- تجویز آنتی‌بیوتیک وریدی: مثل سفتریاکسون؛ چون باعث کاهش عفونت

باکتریال و مرگ میشه.

۶- TIPS: در بیماران کبدی پیشرفته (کلاس C طبقه بندی child pugh) توصیه

میشه ۱ تا ۲ روز بعد برای بیمار از بستری TIPS (ترانس جوگولار اینتراپاتیک

پورتوسیستمیک شانت) گذاشته بشه چون مورتالیتی رو کم می‌کنه.

برای پیشگیری ثانویه از عود مجدد خونریزی واریس مری چیکار کنیم؟

تجویز بتابلوکرهای غیرانتخابی مثل پروپرانولول

انجام Band ligation

این بیمار با واریس مری اومده، ولی هیچ شواهدی از سیروز نداره!

ولی طحالش بزرگ شده، پان‌سایتوپنی هم داره؛ پس احتمالاً دچار افزایش

فشار ورید طحالی حالا به هر علتی شده پس بهتره با سونوگرافی کالر داپلر

علت و محل افزایش فشار رو پیدا کنیم.

۲- آسیت

عارضه‌ی بعدی سیروز، آسیت است. آسیت علل متنوعی دارد از سیروز تا نارسایی

قلب راست، پریکاردیت فشارنده، سل صفاقی و.....

تشخیص علت آسیت

برای تشخیص علت آسیت، از شرح حال، معاینه‌ی فیزیکی و شاخصی به

نام SAAG استفاده می‌کنیم.

شاخص SAAG یا Serum Ascite Albumin Gradian به صورت زیر محاسبه می‌شود

SAAG = آلبومین مایع آسیت - آلبومین سرم

۲ آقای ۴۰ ساله‌ای که با سیروز کبدی ناشی از

الکل، دچار خونریزی حاد گوارشی شده است، به

اورژانس آورده می‌شود. در بررسی‌های به عمل آمده

واریس‌های خونریزی دهنده مری اثبات شده است. در

کنترل خونریزی حاد این بیمار تمام اقدامات زیر موثر

هستند، به جز: (پره‌انترنی اسفند ۹۶ - قطب زنجان)

اکترئوتاید وریدی

سوماتواستاتین وریدی

پروپرانولول وریدی

باند لیگاسیون با آندوسکوپ

۳ در بیمار مبتلا به خونریزی گوارشی فوقانی پس از انجام

آندوسکوپی متوجه واریس مری می‌شود. آسیت ندارد و طحال

در معاینه بزرگ است. در سونوگرافی سائز و اکوی کبد نرمال

است. ولی طحال ۱۶ سانتی‌متر است. در آزمایشات بیمار

آنزیم‌های کبدی، بیلی‌روبین، آلبومین و INR و PT نرمال است.

ولی پان‌سیتوپنی خفیف دیده می‌شود. اقدام تشخیصی مناسب

کدام است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۳ - قطب تهران)

سونوگرافی کالر داپلر

آسپیراسیون و بیوپسی مغز استخوان

بیوپسی کبد

فیبرواسکن کبد

۴ باتوجه به نتایج پاراسنتز مایع آسیت آقای ۵۰ ساله،

محتمل‌ترین تشخیص؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۳ - قطب شمال)

Serum Albumin: 2.9, Ascites Albumin: 1.7,

Ascites protein: 2.8

سیروز کبدی


پریکاردیت کانستریکتیو

متاستاز گسترده‌ی کبدی

پریتونیت کارسینوماتوز

سؤال	۲	۳	۴
پاسخ	ج	الف	الف

که به توجه به این که حاصل این معادله، کمتر از ۱٫۱ یا بیشتر از ۱٫۱ باشد، به ترتیب آسیت رو به low SAAG و high SAAG تقسیم می‌کنیم که باید تشخیص افتراقیاش رو کامل بلد باشی.


تشخیص افتراقی‌ها	SAAG
نشان دهنده‌ی پورتال هایپرتنشن است. علت  سیروز (شایع‌ترین)، ترومبوز ورید پورت، احتقان مزمن کبد ناشی از نارسایی قلب راست یا سندرم بودکیاری یا پریکاردیت کانستریکتیو، متاستازهای گسترده به کبد، میکس‌ادم، آسیت مختلط.	High SAAG بیشتر از ۱٫۱
پریتونیت کارسینوماتوز، پریتونیت سلی، بیماری‌های پانکراس و سیستم صفراوی، سندرم نفروتیک	Low SAAG کمتر از ۱٫۱




البته همه‌ی این موارد منطقی هستند مثلاً در سندرم نفروتیک، به علت پروتئینوری میزان آلبومین سرم کم میشه. حاصل معادله‌ی SAAG کمتر از ۱٫۱ میشه. در مورد این آقای ۵۰ ساله که با آسیت اومده هم اول SAAG رو حساب می‌کنیم. $SAAG = 2.9 - 1.7 = 1.2$ پس چون سگش بالاتر از ۱٫۱ دراومد میریم سراغ تشخیص افتراقی‌های high SAAG که شایع‌ترینش خود سیروزه.


برخورد با آسیت و درمان آن

در برخورد با بیماری که با آسیت اومده اولین کار چیه؟

 سوزن زدن به آسیت و انجام پاراسنتز مایع آسیت: این مایع رو برای بررسی پروتئین و آلبومین، سلول‌های خونی، کشت و در موارد مناسب آمیلاز و سیتولوژی به آزمایشگاه می‌فرستیم.

درمان آسیت شامل چندتا نکته‌ی ساده است

 محدودیت نمک و مایعات: نمک رو به میزان کمتر از ۲ گرم در روز برسون. همینطور محدودیت آب رو فقط در صورتی بده که سدیم بیمار کمتر از ۱۲۵ باشه. پس در این بیمار آب رو محدود نمی‌کنیم.

 تجویز دیورتیک: اسپرونولاکتون بهترین انتخابه ولی چون آنتاگونیست آلدوسترونه و هایپرکالمی میده و در کنارش یک Loop Diuretic مثل فورزماید هم تجویز می‌کنیم که با ایجاد هایپوکالمی، میزان پتاسیم رو به تعادل برسونیم. این دو مورد اساس درمان آسیت می‌باشند، ولی اگر به هر دلیلی به درمان پاسخ نداد و آسیتمون مقاوم به درمان بود، یعنی علی‌رغم تجویز بالاترین دوز دیورتیک‌ها (فورزماید ۱۶۰ یعنی ۴ تا قرص ۴۰ و اسپرونولاکتون ۴۰۰ یعنی ۴

۵ خانم ۵۸ ساله با سابقه دیابت و سیروز کبدی ناشی از NASH به علت آسیب و ادم اندام‌های تحتانی بستری می‌شود. جواب پاراسنتز مایع آسیب و آزمایشات و سونوگرافی به شرح زیر است:

AST=67, ALT=46, ALP=260, Na=136, K=4.5, HB=11.2, Plt=98000, Albumin=3.5, BUN=9, Cr=0.6, Acities: (Albumin=1.2, Pr=2.2, Cell count=0, Smear and culture=Negative)

سونوگرافی شکم: کبد سیروتیک و اسپلنومگالی و مایع آسیت

هنگام ترخیص توصیه همه موارد زیر صحیح است، بجز: (بره انترنی اسفند ۹۹- کشوری)

الف) قرص اسپرونولاکتون

ب) قرص فورسماید

ج) محدودیت مایعات

د) محدودیت نمک

سؤال	۵
پاسخ	ج



تا قرص ۱۰۰) بازم آسیت داشتیم، یا اگر به خاطر عوارض (مثلاً الکترولیتی) مجبور به قطع دیورتیک بشیم، دو راه برای درمانش داریم:

۱- پاراستر مداوم آسیت همزمان با تجویز آلبومین

۲- گذاشتن TIPS یا شانت جراحی برای بیمار

۳- پریتونیت باکتریال خودبخودی

عارضه‌ی سوم سیروز و یکی از عوارض آسیت، پریتونیت باکتریال خودبخودی یا SBP (Spontaneous Bacterial Peritonitis) است.

هر بیمار مبتلا به آسیتی که با حال بد، تب، درد شکم، زردی، افزایش WBC، اختلال عملکرد کلیوی و یا کاهش سطح هوشیاری (انسفالوپاتی کبدی) اومد اول از همه به SBP شک کن. چون خود آسیت یه محل مناسبی برای لونه‌سازی باکتری‌هاست!

قدم اول در رد یا تأیید SBP باز هم پاراستر و کشت از مایع آسیت است. بررسی مایع آسیت به خصوص از نظر WBC و PMN خیلی در تشخیص نوع پریتونیت مهم است. در بیمار مبتلا به SBP موارد زیر را داریم:

نتیجه شمارش سلول‌های مایع آسیت PMN بیشتر یا مساوی ۲۵۰ تا در هر CC مایع آسیت

نتیجه‌ی کشت مایع آسیت مونوگانسیسم؛ یعنی یک نوع باکتری رشد می‌کند، که شایع‌ترین آن‌ها Ecoli و سایر باکتری‌های روده‌ای هستند. اگر بیش از یک نوع میکروارگانیسم رشد کرد پریتونیت ثانویه مطرح می‌شود که به دنبال آپاندیس یا زخم پپتیک پرفوره یا... ایجاد می‌شود. پس در برخورد باهاش باید همزمان با شروع آنتی‌بیوتیک، مشاوره‌ی جراحی درخواست کنیم. الان این آقای ۵۰ ساله که با آسیت و تب و حال بد اومده اولین تشخیصی ما پریتونیت باکتریال خودبخودیه در اولین قدم تشخیصی tap مایع آسیت و بررسی مایع از نظر WBC و کشته. قطعی‌ترین راه هم جواب کشت مایع آسیتیه.

درمان SBP

بیمار مبتلا به SBP رو بستری می‌کنیم و با آنتی‌بیوتیک تزریقی مثل سفالوسپورین نسل سه به مدت ۵ روز تحت درمان قرار می‌دیم؛ مگر اینکه بیمار همزمان باکتری می هم داشته باشه که در این صورت مدت درمان حدود ۲ هفته میشه. علاوه بر این برای جلوگیری از وقوع سندرم هپاتورنال (عوارض کلیوی)، آلبومین وریدی هم تجویز می‌کنیم. همینطور آلبومین، بقای کوتاه مدت این بیماران رو زیاد می‌کنه.

۶ آقای ۵۰ ساله دچار سیروز کبدی ناشی از

ویروس هپاتیت B به علت درد شکم مراجعه کرده است. در معاینه $T=40^{\circ}\text{C}$ اسکلرای ایکتریک و در شکم آسیت فراوان و تندر نس دارد. جهت تشخیص قطعی چه اقدام انجام می‌دهید؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۴ - قطب آزاد)

ا بررسی سلولی مایع آسیت

ب کشت مایع آسیت

ج اندازه‌گیری آلبومین مایع آسیت

د اندازه‌گیری پروتئین مایع آسیت

۷ بیماری با سابقه‌ی سیروز کبدی ناشی از HCV به علت تب و درد شکم مراجعه نموده است. بیمار کاملاً هوشیار است. در معاینه اسکلرا ایکتریک است و آسیت فراوان دارد. نتیجه آزمایش مایع آسیت بیمار به قرار زیر است:

WBC = 1000, PMN = 90%, Lymph = 10%

چه اقدامی انجام می‌دهید؟ (پره‌انترنی اسفند

۹۶ - قطب آزاد)

ا شروع سفوتاکسیم داخل رگ

ب منتظر نتیجه کشت خون می‌شویم

ج منتظر نتیجه کشت مایع آسیت می‌شویم

د منتظر نتیجه کشت مایع آسیت از نظر BK می‌شویم

سؤال	۶	۷	
پاسخ	ب	الف	

که به علت احتمال زیاد عود مکرر SBP به عنوان پیشگیری ثانویه، بیمار را برای مدت کوتاهی تحت درمان با آنتی بیوتیک‌های مثل کوتریموکسازول یا سیپروفلوکساسین قرار می‌دهیم.

بخش ۴- انسفالوپاتی کبدی

انسفالوپاتی کبدی یک سندرم عصبی روانی است که در مراحل پیشرفته با کاهش سطح هوشیاری و کوما همراه است. شایع‌ترین علت ایجاد انسفالوپاتی کبدی، خون‌ریزی گوارشی و افزایش مصرف پروتئین است چون باعث افزایش بار آمونیم در بیمار می‌شود که کبد بیمار قدرت دفع آن را ندارد. علل موثر در ایجاد تغییر سطح هوشیاری در بیماران مبتلا به نارسایی کبدی:

۱ افزایش سطح آمونیم و دیگر ترکیبات نیتروژنی خون: که به دنبال خون‌ریزی گوارشی، مصرف بیش از حد پروتئین، یبوست و عفونت‌ها در بیمار اتفاق می‌افتد. ۲ مصرف داروهای سرکوبگر CNS

۳ عوارضی مثل هایپوکالمی، آکالوز، هایپووسمولی و ازوتمی که معمولاً به دنبال مصرف دیورتیک‌ها ایجاد می‌شوند.

بخش ۵- سندرم هپاتورنال و هپاتوپولمونی

سندرم هپاتورنال در ۱۰٪ بیماران سیروتیک و مبتلا به هپاتیت فولمینانت ایجاد می‌شود. بیمار مبتلا به سندرم هپاتورنال با علائمی همچون کاهش GFR، اولیگوری، ازوتمی، هایپوتشن و هایپوناترمی مراجعه می‌کند.

۴ داروهای ACE-I مثل کپتوپریل عوارض کبدی مهمی دارند مانند زردی کلستاتیک و حتی به طور نادر نکروز کبدی برق‌آسا (هپاتیت فولمینانت)؛ پس در بیمارایی مثل این ماما بزرگ که خودش سیروز و این بساطا رو داره دیگه مهارکننده ACE نباید تجویز کنی که!

بخش طبقه‌بندی سیروز

سیروز را بر اساس علائم بالینی و یافته‌های آزمایشگاهی در سه دسته طبقه‌بندی می‌کنند که به این طبقه‌بندی child-pugh می‌گویند. این یافته‌ها شامل آسیت، انسفالوپاتی کبدی، INR، PT، آلبومین و بیلی‌روبین می‌باشند.

اول نمره‌های هر کلاس رو بخون:

۱ کلاس A نمره‌ی ۵ و ۶

۲ کلاس B نمره‌ی ۷ و ۸ و ۹

۳ کلاس C نمره‌ی ۱۰ تا ۱۵

۸ آقای ۵۰ ساله مبتلا به سیروز از ۲ سال قبل که تحت درمان بوده و مشکل خاصی نداشته است شب قبل دچار خواب‌آلودگی گردیده است در حال حاضر در معاینه، بیمار با صدا زدن چشم‌هایش را باز می‌کند ولی هوشیار و Oriented نیست. سمع قلب و ریه نرمال است. معاینه‌ی شکم آسیت دارد. علایم لوکالیزه عصبی ندارد. تمام موارد زیر می‌تواند علت بروز کاهش هوشیاری در بیمار فوق باشد، بجز: (پره‌اترنی اسفند ۹۵ و ۹۳ - قطب کرمان)

الف هیپوکسمی

ب عفونت

ج هیپوکالمی

د افزایش دریافت پروتئین

۹ خانم ۶۰ ساله مورد سیروز کبدی پیشرفته در زمینه‌ی هپاتیت اتوایمیون با آسیت فراوان و افزایش کراتینین در طی ۲ هفته اخیر همراه با درد شکم بستری می‌گردد. تجویز کدام یک از داروهای ذیل در نامبرده باعث تشدید وضعیت بالینی وی خواهد شد؟ (پره‌اترنی اسفند ۹۵ - قطب زنجان)

الف میدودرین

ب آلبومین

ج مهارکننده ACE

د ترلیپرسین

۱۰ بیمار سیروتیک با انسفالوپاتی کبدی خفیف به شما مراجعه می‌کند. در آزمایشات $2 = \text{INR}$ و $25 \text{ g/dl} = \text{Alb}$ و بیلی‌روبین سرم 2.5 mg/dl است. در صورت کسب چه امتیازی از Child-Pugh Score بیمار به عنوان Child Class B محسوب می‌شود؟ (پره‌اترنی تبریز ۹۳ - قطب تبریز)

الف امتیاز ۷، ۸ یا ۹

ب امتیاز ۱۰، ۱۱ یا ۱۲

ج امتیاز ۱۳، ۱۴ یا ۱۵

د امتیاز ۱۶ یا بالاتر

سؤال	۸	۹	۱۰
پاسخ	الف	ج	الف



اینم جدول نمره‌دهی به بیمار سیروتیک

شاخص	نمره ۱	نمره ۲	نمره ۳
Billirubin	کمتر از ۲mg/dl	۲ تا ۳	بیشتر از ۳
Albumin	بیشتر از ۳,۵ g/dl	۳ تا ۳,۵	کمتر از ۳
PT	کمتر از ۴ ثانیه	۴ تا ۶	بیشتر از ۶
INR	کمتر از ۱,۷	۱,۷ تا ۲,۳	بیشتر از ۲,۳
انسفالوپاتی	ندارد.	خفیف	شدید
آسیت	ندارد.	به آسانی قابل کنترل	به سختی قابل کنترل

که عزیزم نمره‌ی مریض رو حساب کردی؟!

خیلی اشتباه کردی خب! اصن حساب کردن نمی‌خواست! سؤال فقط می‌خواد بدونه نمره‌ی کلاس B چنده که میشه ۷ و ۸ و ۹. عزیزم اسمارت تست بزن،

اسمارت 🧐

👁 برو تست تمرینی ببینم.

کندروی عسل می‌تواند سافتار اجتماعی بسیار پیچیده‌ای داشته باشد و انواع مختلف زنبورهای کارگر را

در خود جای دهد. اما تاکنون محققان موفق به یافتن زنبورهای وکیل نشده‌اند!

زنبورها احتیاجی به وکیل ندارند، چون فطر فراموش کردن یا نقض قانون اساسی کندو وجود ندارد.

ملکه غذای نظافتچیان را با دوز و کلک از پنگشان در نمی‌آورد و آن‌ها هم هرگز برای حقوق بیشتر اعتصاب نمی‌کنند.

اما اینها کار همیشگی انسان است!

#تیک‌گرگین

سؤال				
پاسخ				

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
کیسه صفرا و مجاری صفراوی	مهم	۳

سنگ صفراوی

سنگ‌های صفراوی بیشتر از جنس کلسترولی هستند و در بیش از نیمی از موارد بدون علامت می‌باشند. ولی اگر علامت‌دار شوند، علائم زیر را نشان می‌دهند:

✦ درد شکم: دردی مداوم و ثابت که در RUQ و گاهی در اپیگاستر احساس می‌شود. معمولاً به دنبال خوردن غذای چرب مثل کله‌پاچه ایجاد می‌شود. یک ربع تا نیم ساعت طول می‌کشد و کم‌کم خودش خوب می‌شود و حداکثر تا ۵ ساعت رفع می‌شود. این درد به مسکن قوی جواب می‌دهد. به این درد شکم اصطلاحاً کولیک صفراوی می‌گویند که زیاد در دست نیست؛ چون درد سنگ صفراوی ماهیت کولیکی ندارد!

✦ دردهای تیرکشنده به شانه یا کتف راست

✦ نفخ، سوء هاضمه، عدم تحمل غذای چرب و...

✦ اگر این درد بیشتر از ۵ ساعت طول بکشد یا تب، لکوسیتوز یا تندرینس شکمی بهش اضافه بشود باید به التهاب مثل کوله‌سیستیت، کلانژیت یا پانکراتیت فکر کنیم.



تشخیص سنگ صفراوی

برای تشخیص سنگ کیسه‌ی صفرا بهترین روش سونوگرافی است ولی متأسفانه سونوگرافی در تشخیص سنگ‌های مجاری صفراوی دقت پایینی دارند؛ پس بهترین روش‌ها برای تشخیص سنگ‌های صفراوی ERCP، MRCP و اندوسکوپی اولتراسوند می‌باشند.

درمان سنگ صفراوی

✦ در بیمارانی که به صورت اتفاقی متوجه وجود سنگ کیسه‌ی صفرا می‌شوند و بدون علامتند، هیچ اقدامی لازم نیست و فقط بیمار رو پیگیری می‌کنیم. مثل این خانم که اتفاقی متوجه سنگ کیسه صفراش شده و علامتی ندارد، که فقط برای نفخش اگر اذیتش می‌کنه دایمیتیکون تجویز می‌کنیم!

۱ خانم ۴۵ ساله که با سابقه نفخ شکم از ۳ سال قبل مراجعه نموده، در سونوگرافی اتفاقی متوجه سنگ کیسه صفرا در حد ۱۵ میلی متر شده، اقدام مناسب کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۳ - قطب همدان)

الف تجویز دایمیتیکون

ب تجویز UDCA

ج کله سیستکتومی

د سنگ شکن به کمک اولتراسوند

سؤال	۱
پاسخ	الف



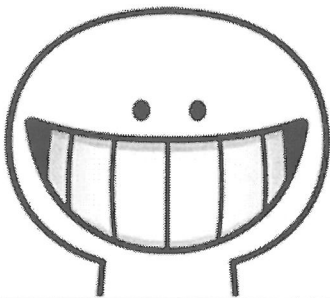
۲ خانم ۲۳ ساله مبتلا به آنمی سیکل سل به علت نفخ و تهوع سونوگرافی می‌شود. در سونوگرافی سنگ در کیسه صفرا و نیز پولیپ کوچک کیسه صفرا داشتند. آزمایشات کبدی نرمال است و علائم بیمار با تجویز امپرازول برطرف شده است. کدام اقدام در مورد وی صحیح است؟ (پره‌انترنی شهرپور ۹۹- کشوری)

الف) کوله سیستکتومی

ب) تجویز UDCA

ج) سونوگرافی ۶ ماه بعد

د) تجویز کلستیرامین



۳ آقای ۵۶ ساله در بررسی دوره‌ای، با یک گزارش سونوگرافی مبنی بر وجود یک سنگ حدود ۶ میلی‌متری و یک پولیپ بزرگ در کیسه صفرا مراجعه کرده است. چه اقدامی توصیه می‌کنید؟ (پره‌انترنی خرداد ۹۸- میان‌دوره‌ی کشوری)

الف) پیگیری سونوگرافیک

ب) مشاوره‌ی جراحی

ج) تجویز آروند کسی کولیک اسید

د) تصویربرداری با روش دیگر

۴ همه‌ی موارد اتفاقی رو پیگیری می‌کنیم به جز در افراد پرخطر که با

کوله‌سیستکتومی پروفیلاکتیک سنگ رو خارج می‌کنیم؛ افراد پرخطر

بیماران دیابتی

بیمارانی که ریسک بالای کارسینوم کیسه‌ی صفرا دارند، مثل کیسه‌ی صفرای چینی، سنگ بزرگتر از ۳ سانتی‌متر، پولیپ صفراوی بزرگ یا سنگ همراه با پولیپ صفراوی بزرگ.

بچه‌ها بومیان آمریکا

در افراد علامت‌دار باید حتماً مداخله کنیم. کوله‌سیستکتومی لاپاراسکوپی نسبت به کوله‌سیستکتومی باز ارجح‌تر است چون عوارض کمتری دارد ولی در بیماران چاق، سیروزی یا افرادی که سابقه‌ی جراحی شکمی دارند، کوله‌سیستکتومی باز توصیه می‌شود.

در مواردی که شک به سنگ مجرای صفراوی مشترک (CBD) داریم، علاوه بر انجام کوله‌سیستکتومی لاپاراسکوپی باید ERCP هم به عنوان یک روش درمانی انجام بدیم.

داروی UDCA یا اورزودئوکسی کولیک اسید دارویی است که در افرادی که حاضر به جراحی نباشند یا سالمندان و همچنین برای کاهش درد بیمار تجویز می‌شود، این دارو باعث حل شدن سنگ می‌شود و فقط روی سنگ صفراوی کلسترولی مؤثر است. البته در صورتی که عملکرد کیسه‌ی صفرا خوب نباشد پس از حل شدن سنگ، مجدداً سنگ می‌سازد!

۵ پولیپ کیسه‌ی صفرا در سه مورد اندیکاسیون جراحی قطعی دارد:

پولیپ علامت‌دار یا پولیپی که در سونوگرافی‌های پیگیری، افزایش سایز دارد.

پولیپ‌های بزرگتر از ۱ cm؛ چون احتمال بدخیمی بالایی داره.

پولیپی که همراه با سنگ کیسه‌ی صفرا باشه. مثل این آقا!

کوله‌سیستیت حاد

التهاب کیسه‌ی صفرا معمولاً به علت انسداد مجاری صفراوی با سنگ ایجاد میشه که خودش رو با درد ناگهانی شکم در RUQ و اپیگاستر نشون میده که چند ساعت طول می‌کشه، افزایشیه و خودبه‌خود یا با مسکن خوب نمیشه. بیمار همراه با درد شکم، تهوع، استفراغ و تب خفیف هم داره. معمولاً در معاینه‌ی شکمشون علامت مورفی مثبت میشه؛ یعنی در فشار روی RUQ شکم به قدری

تندرس شدیده که مریض از درد نفسش میره

سؤال	۲	۳	
پاسخ	الف	ب	

پس تشخیص کوله سیستیت حاد

اگر در سونوگرافی ویژگی‌های زیر رو دیدیم، تشخیص کوله سیستیت قطعی:

❗ مشاهده ی سنگ

❗ شواهد التهاب کیسه‌ی صفرا مثل وجود مایع در اطراف کیسه‌ی صفرا و

ضخیم شدن یکنواخت جدار کیسه‌ی صفرا

درمان کوله سیستیت حاد

درمان کوله سیستیت حاد شامل تجویز آنتی بیوتیک در صورت وجود تب یا لکوسیتوز و همچنین انجام کوله سیستکتومی زودهنگام می‌باشد.

پس که اگر بیماری با علائم کوله سیستیت بیاد ولی سنگ دیده نشه، بهش کوله سیستیت بدون سنگ یا Acalculous cholecystitis می‌گیم. این حالت بیشتر در بیماران بستری در ICU که بدحال و بی حرکتند و با TPN تغذیه میشن اتفاق میفته. در این دسته از بیماران از دو روش درمانی می‌تونیم استفاده کنیم: تجویز آنتی بیوتیک و کوله سیستکتومی

❗ پروکوتانئوس کوله سیستوستومی: در بیمارانی که خیلی بدحال و داغونن از راه پوست یه لوله می‌فرستن داخل کیسه صفرا و ترشحات رو تخلیه می‌کنن؛ مثل این پدر بزرگ ۷۰ ساله که علاوه بر سکتته‌ی مغزی و نارسایی قلبی، هوشیار هم نیست و اگر بخوای عملش کنی شاید اصلاً برنگرده! پس از کوله سیستوستومی استفاده می‌کنیم.

پس کلانژیت حاد

یکی از عوارض سنگ‌های موجود در CBD کلانژیت حاد است، چون وجود سنگ در مجرا زمینه‌ای برای سوار شدن عفونت و ایجاد التهاب می‌شود. علائم کلانژیت حاد رو معمولاً به اسم تریاد شارکو می‌شناسند که شامل زردی، درد شکم و تب است. اگر افت فشار خون و کاهش سطح هوشیاری هم به این تریاد اضافه شود، به آن پنتاد رینولد می‌گویند.

درمان کلانژیت حاد

کلانژیت حاد باید به صورت اورژانسی درمان بشه. بلافاصله بعد از تجویز آنتی بیوتیک وسیع‌الطیف باید جهت بیمار ERCP و اسفنکترتومی انجام بدیم. بعد از اینکه بیمارمون وضعیتش پایدار شد میزاریمش تو لیست عمل الکتیو کوله سیستکتومی.

۴ آقای ۶۰ ساله/ با درد قسمت فوقانی شکم، ایکتر و تب از ۲ روز قبل/ سابقه مثبت دردهای مکرر اپی گاستر با انتشار به شانه از مدت‌ها قبل/ نکات مثبت معاینه بیمار: الله اسکلرا ایکتریک و تندرئس خفیف ناحیه‌ی اپی گاستر. علاوه بر درخواست آزمایشات AST, ALT, ALP, Bi- Ii کدامیک از موارد زیر را ابتدا درخواست می‌کنید؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۶ - قطب مشهد)

الف) MRCP

ب) سونوگرافی

ج) سی تی اسکن شکم و لگن

د) ERCP

۵ آقای ۷۰ ساله به علت سکتته مغزی و نارسایی قلبی در ICU بستری است. در سیر بستری دچار تب و لکوسیتوز می‌شود. CXR بیمار نرمال است. کشت خون و ادرار بیمار منفی است. در سونوگرافی کیسه صفرا متسع با مایع اطراف آن و بدون سنگ رویت شد. بیمار هوشیار نیست و معاینه وی قابل اعتماد نمی‌باشد، اقدام بعدی شما کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۵ - قطب زنجان)

الف) کله سیستوستومی از راه پوست

ب) ERCP

ج) کله سیستکتومی لاپاراسکوپی

د) کله سیستکتومی لاپاراتومی

۶ بیمار خانم ۶۰ ساله با درد شدید ناحیه RUQ به همراه تب و لرز و زردی از دو روز گذشته مراجعه می‌کند. سابقه سنگ کیسه صفرا را از ۳ سال پیش می‌دهد. در آزمایشات انجام شده:

WBC = 18000 ; Hb = 14.5; PLT = 350000; Bilirubin

Total = 9.7; Bilirubin Direct=8.5 ; ALT=90; AST= 85;

ALKP= 1100; Serum Amylase= 200

محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟ (پره‌انترنی اسفند

۹۶ - قطب تهران)

الف) کله سیستیت حاد

ب) کلانژیت حاد

ج) پانکراتیت حاد

د) هپاتیت حاد

سؤال	۴	۵	۶
پاسخ	ب	الف	ب



که در کوله‌سیستیت، کوله‌سیستکتومی زودهنگام انجام میدیم ولی در کلانژیت حاد کوله‌سیستکتومی رو به عنوان خط آخر درمان در نظر می‌گیریم تازه اونم بعد از پایدار شدن مریض.

پس که در مواردی که بیمار علائم و یافته‌هایی مثل زردی، بالا بودن ترانس آمینازهای کبدی، دیلاته بودن مجاری صفراوی در سونوگرافی و یا پانکراتیت داشته باشه؛ تو هر بیمار مشکوک به سنگ مجاری صفراوی مشترک یا CBD، باید برای تشخیص قطعی از MRCP یا EUS استفاده کنیم. این خانم با توجه به کولیک صفراوی یعنی درد فوقانی شکم، تهوع و استفراغ به همراه افزایش آنزیم‌های کبدی و بیلی‌روبین و اسلج صفراوی مشکوک به کوله‌سیستیت است. ولی سه دلیل زیر شک ما رو به سنگ CBD زیاد می‌کنه:

۱. CBD گشاد (بزرگ‌تر از ۵ میلی‌متر)

۲. بیلی‌روبین بالای ۵ (که توی کوله‌سیستیت معمولی دیگه بیش‌تر از ۵ نمیشه)

۳. بهبود علائم کوله‌سیستیت بدون هیچ مداخله‌ای. این نشون میده یه سنگی اومده تو CBD و احتمالاً رد شده.

پس جمع‌بندی کنیم:

اگر به سنگ CBD داشتیم، ولی تو سونوگرافی سنگی ندیدیم؛ باید

MRCP و یا EUS کنیم.

اگر سنگ CBD ثابت شد، باید علاوه بر کوله‌سیستکتومی، ERCP هم بکنیم.

🎯 تست تمرینی تو را فرا می‌خواند.

اگر چه مردم وانمود می‌کنند که به حق احترام می‌گذارند، اما

در برابر هیچ چیز غیر از زور سر فرود نمی‌آورند!

#آلبر کامو

۷ خانم ۳۶ ساله با درد ناگهانی ناحیه فوقانی شکم به همراه تهوع و استفراغ بستری می‌شود. در طی سونوگرافی کیسه صفرا حاوی اسلج فراوان و CBD در حد ۷ میلی‌متر گزارش شده است. یافته‌های آزمایشگاهی به شرح زیر است.

AST:400, ALT: 500, ALK:450, Amyls:900, Bili Total:6, Bili D:4

روز سوم بستری حال عمومی خوب و درد و تهوع بهبودی دارد. اقدام مناسب بعدی کدام است؟

(پرهائرنی شهریور ۹۹ - کشوری)

۱. مشاوره جراحی جهت کله‌سیستکتومی

۲. MRCP

۳. آندوسکوپي فوقانی

۴. سی‌تی‌اسکن شکم و لگن

			۷	سؤال
			ب	پاسخ

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
بیماری‌های پانکراس	مهم	۳

پانکراتیت حاد

۱- شایع‌ترین علت پانکراتیت حاد کدامیک از موارد

زیر است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۵ - قطب کرمان)

☐ سنگ کیسه صفرا

☐ مصرف الکل

☐ مصرف دارو

☐ هیپر تری گلیسریدمی

پانکراتیت حاد علل زیادی دارد. شایع‌ترین علت پانکراتیت حاد به ترتیب سنگ صفراوی و مصرف الکل است. با یه رمز مهم‌ترین علت‌های پانکراتیت حاد رو یاد بگیر:

علل پانکراتیت حاد BAD HIT: biliary, alcohol, drugs, hyper (هایپر کلسمی / هایپر تری گلیسریدمی)، trauma (آسیب بافتی)، idiopathic (ناشناخته).

علائم بالینی پانکراتیت حاد

۱- درد شکم که گاهی اونقدر شدید که به داروهای مسکن هم جواب نمیده. معمولاً درد به پشت منتشر میشه و در حالت خوابیده تشدید میشه؛ پس بیمار پانکراتیت به جلو خم میشه.

۲- تهوع، استفراغ، تب و ایلئوس گوارشی (انسداد) و کاهش صداها (روده‌ای)

۳- نارسایی کلیه، تنفسی، قلبی

۴- خون‌ریزی گوارشی

۵- اکیموز (کبودی وسیع) در پهلوها (علامت ترنر) و یا اکیموز دور ناف (علامت

Cullen) که بیشتر در پانکراتیت هموراژیک دیده می‌شوند.

۶- تغییرات متابولیک مثل هیپو کلسمی، هیپر گلاسمی، اسیدوز متابولیک



تشخیص پانکراتیت حاد

برای تشخیص پانکراتیت حاد باید از دو مورد زیر سه مورد زیر رو داشته باشیم:

۱- درد شکمی مطابق با پانکراتیت حاد

۲- افزایش سطح آمیلاز و لیپاز سرمی به بیش از ۳ برابر نرمال

۳- یافته‌های مختص پانکراتیت حاد در CT Scan

پس با این حساب یعنی اولین اقدام تشخیصی در بیماری که با پانکراتیت حاد شک داریم سی‌تی اسکنه؟! نخیر!

با توجه به اینکه شایع‌ترین علت پانکراتیت، سنگ صفراوی به پس اولین قدم تشخیصی هم تو پانکراتیت سونوگرافیه. اگر شواهدی به نفع سنگ صفراوی و مجرای صفراوی دیلاته تو سونوگرافی دیدیم، تشخیص پانکراتیت قطعی.

۲- بیمار خانم ۵۸ ساله‌ای است که به طور

ناگهانی از دو روز پیش دچار درد ناحیه اپیگاستر به همراه تهوع و استفراغ شده است. در آزمایشات:

WBC=18000, Serum amylase=650, Hb=13, BS= 280

Pit= 350000, LDH=1200

Serum Ca=7.8 ر سونوگرافی انجام شده مجاری صفراوی

و کیسه صفرا نرمال بوده است ولی به علت پرگازی شکم امکان رویت واضح پانکراس وجود نداشته است. در این هنگام انجام کدام روش تصویربرداری ضرورت دارد؟

(پره‌انترنی اسفند ۹۴ - قطب تهران)

☐ MRCP ☐ CT با کنتراست

☐ سونوگرافی مجدد ☐ MRI

سؤال	۱	۲		
پاسخ	الف	ب		



که لیپاز نسبت به آمیلاز در پانکراتیت اختصاصی‌تر است و مدت بیشتری در سطح سرم بالا می‌ماند. معمولاً اگر فردی با افزایش آمیلاز سه برابری مراجعه کند، اگر انفارکتوس یا پارگی روده نباشد، تشخیص پانکراتیت است، البته سطح لیپاز و آمیلاز با شدت علائم پانکراتیت ارتباطی ندارد و در پیگیری بیماری کمکی نمی‌کند.

بیماران مبتلا به پانکراتیت حاد ممکن است دارای مقادیر آمیلاز نرمال سرم، ثانویه به هایپر تری گلیسریدمی باشند.

علل دیگر هایپر آمیلازمی



پاروتیدیت، مشکلات روده نظیر انسداد، پرفوریشن و ایسکمی مزاتر، بیماری‌های تخمدان و لوله‌ی فالوپ، نارسایی کلیه

۲ بیمار ۵۳ ساله با درد غیر کولیکی شکم و تدریس زنرالیزه از ۶ ساعت قبل همراه با تهوع و استفراغ مراجعه می‌کند. در چه مواردی با وجود تشخیص احتمالی پانکراتیت حاد، آمیلاز سرم نرمال است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۵ - قطب مشهد)

ا ب تری گلیسرید بالا

ب انسداد روده

ج آپاندیسیت حاد

د کلسیم پایین

تعیین شدت و پروگنوز پانکراتیت حاد

درمان پانکراتیت با توجه به شدت آن متفاوت است. دقیق‌ترین روش تعیین شدت و پروگنوز پانکراتیت حاد با استفاده از علائم بالینی و CTscan است. معیارهای بالینی رانسون در تعیین شدت و پروگنوز پانکراتیت کمک می‌کنند. هر کدام از معیارهای رانسون در واقع نشان‌دهنده‌ی پروگنوز بد و ریسک فاکتور پانکراتیت حاد حساب می‌شوند.

۴ خانم ۶۱ ساله به علت پانکراتیت حاد بستری شده است. برای ارزیابی پیش‌آگهی بیمار و شدت پانکراتیت همه موارد زیر از معیارهای پروگنوز بد می‌باشند، بجز: (پره‌انترنی اسفند ۹۹ - کشوری)

ا وجود پلورال افیوژن

ب BUN:30

ج BP: 90/60 و PR: 120

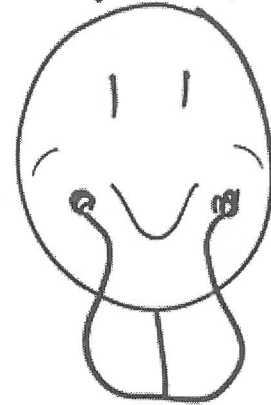
د آمیلاز بسیار بالا

معیارهای بالینی رانسون

در ۴۸ ساعت اول بستری	در بدو ورود
<ul style="list-style-type: none"> کلیسیم کمتر از ۸ (هایپوکلسمی) BUN > 5 mg/dl PO2 شریانی کمتر از ۶۰ mmHg مایع تجمعی تخمینی < ۶ لیتر Base deficit > 4 meq/L افت هماتوکریت بالای ۱۰ واحد 	<ul style="list-style-type: none"> سن بالای ۵۵ سال چاقی BMI بیشتر از ۳۰ لکوسیتوز (افزایش wbc بیش از ۱۶۰۰۰) قند خون بیش از ۲۰۰ (هایپرگلیسمی به علت کاهش انسولین) لاکتات دهیدروژناز (LDH) بالای ۳۵۰ IU/L AST بالای ۲۵۰ U/L

سؤال	۳	۴		
پاسخ	الف	د		

ادام بده...



که علاوه بر معیار رانسون، CRP بالای ۱۵۰ هم با پروگنوز بد در پانکراتیت همراه است. پانکراتیت شدید با نارسایی ارگان‌ها همراه است، مثل: ۱- شوک با فشارخون سیستولی کمتر از ۹۰، ۲- نارسایی کلیه با کراتینین بالای ۲، ۳- نارسایی تنفسی با فشار اکسیژن کمتر مساوی ۶۰.

که یکی از مواردی که در تعیین پروگنوز و شدت پانکراتیت ارزشمند است، بررسی لام پاتولوژی پانکراس می‌باشد که معمولاً پاتولوژیست یکی از دو وضعیت زیر رو اطلاع می‌دهد:

❖ پانکراتیت بینابینی ❖ عروق میکروسکوپی پانکراس نرمال است.

❖ پانکراتیت نکروزان ❖ عروق میکروسکوپی پانکراس تخریب شده است.

پانکراتیت نکروزان نوع شدید پانکراتیت است، به ویژه وقتی با نکروز عفونی همراه باشد که بسیار مرگبار می‌باشد.

درمان پانکراتیت حاد

❖ اولین قدم و اساس درمان در پانکراتیت حاد مایع درمانی و هیدراته کردن بیمار است.

❖ تجویز مسکن

❖ توجه به معیارهای بالینی رانسون برای تعیین شدت پانکراتیت و انتخاب نوع درمان برحسب شدت پانکراتیت که دو نوع خفیف و شدید دارد.

❖ پانکراتیت خفیف ❖ در صورت وجود کمتر از ۳ معیار رانسون، نبود عوارض سیستمیک و پاتولوژی نشان‌دهنده‌ی پانکراتیت بینابینی پانکراتیت خفیف است. پروگنوز پانکراتیت خفیف خوب است و نیازی به انجام CTscan یا تجویز آنتی‌بیوتیک نیست. فقط اقدامات حمایتی مثل مایع‌درمانی و مسکن نیاز دارند.

❖ پانکراتیت شدید ❖ در صورت وجود بیش از سه معیار رانسون، داشتن عوارض سیستمیک و پاتولوژی نشان‌دهنده‌ی پانکراتیت نکروزان و گاهی هم پانکراتیت بینابینی، پانکراتیت شدید است. انجام اقدامات زیر در پانکراتیت شدید ضروری است ❖

۱- بستری بیمار در ICU ۲- مایع‌درمانی

۳- کنترل عوارض سیستمیک ۴- TPN و تغذیه وریدی بیمار در صورت نیاز

۵- انجام ERCP در صورت تأیید تشخیص سنگ صفرا به عنوان علت پانکراتیت که بیمارانی که به دنبال سنگ کیسه‌ی صفرا دچار پانکراتیت می‌شوند، حتماً باید کوله‌سیستکتومی شوند؛ زیرا احتمال عود مجدد پانکراتیت در این بیماران طی شش ماه به اندازه ۵۰ تا ۷۵ درصد است.

۶- انجام CTscan با تزریق جهت تعیین قطعی نوع پانکراتیت. که شواهد CT

هر کدام از دو نوع پانکراتیت شامل موارد فوق است ❖

❖ بیماری ۴۵ ساله که با درد شدید اپیگاستر با انتشار به پشت که با خم شدن به جلو تشدید و با دراز کشیدن تشدید می‌شود همراه با تهوع و استفراغ به اورژانس مراجعه نموده است. آزمایشات بیمار به شرح زیر می‌باشد و سونوگرافی اسلج صفراوی همراه با سنگ ریز ۳-۲ دارد و ضخامت کیسه صفرا نرمال است.

Amylase: 870/ WBC: 12200/ AST: 80 / ALT: 100/
ALP: 250

کدام اقدامات زیر صحیح نیست؟ (پره‌انترنی دی ۹۹- میان‌دوره کشوری)

❑ شروع تغذیه خوراکی بعد از بهبود درد

❑ استفاده از آنتی‌بیوتیک

❑ هیدراتاسیون بیمار با استفاده از سرم رینگر لاکتات

❑ تجویز مسکن جهت تسکین درد

سؤال	۵
پاسخ	ب



۴ پانکراتیت بینابینی که در آن ماده کنتراست بطور یکنواخت پانکراس را پر می‌کند و Filling defect دیده نمی‌شود.

۴ پانکراتیت نکروزان که بعضی قسمت‌های پانکراس ملتهب پر نمی‌شود و Filling defect می‌بینیم.

اگر پانکراتیت بینابینی بود پنج اقدام اولیه بالا رو انجام میدیم.

اگر پانکراتیت نکروزان بود علاوه بر پنج اقدام اولیه، در صورت عفونت (وجود تب، لکوسیتوز، علائم نارسایی ارگان یا عدم بهبودی ظرف ۱۰ روز) باید آنتی‌بیوتیک تجویز شود.

پانکراتیت مزمن

حملات مکرر و طولانی مدت پانکراتیت حاد می‌تواند در نهایت به پانکراتیت مزمن منجر شود که باعث التهاب، فیروز و آسیب غیر قابل برگشت پانکراس و نقص در فعالیت‌های اندوکراین و اگزوکراین آن می‌شود. الکلسم مزمن، شایع‌ترین علت پانکراتیت مزمن غیرانسدادی است. این بیماران از درد مداوم یا دوره‌ای شکم شکایت می‌کنند. درد می‌تواند همراه با استئاتوره، اسهال و کاهش وزن باشد. دیابت، عارضه‌ی دیررس پانکراتیت مزمن است.

تشخیص پانکراتیت مزمن

تشخیص پانکراتیت مزمن بر پایه‌ی تصویربرداری (آناتومی تغییر یافته‌ی پانکراس) و اختلال تست‌های عملکردی مثل تست ترشحاتی سکرین است. که در پانکراتیت مزمن شاخص‌های آزمایشگاهی مثل آمیلاز و لیپاز اغلب نرمال هستند و در نتیجه در تشخیص یا پروگنوز بیماری کمکی نمی‌کنند.

اگر در بیماری به پانکراتیت مزمن شک کردیم به ترتیب از روش‌های زیر استفاده می‌کنیم:

۱- رادیوگرافی ساده شکم: اولین تست تشخیصی پانکراتیت مزمن که در آن کلسیفیکاسیون پانکراس دیده می‌شود.

۲- CTScan: اگر کلسیفیکاسیون‌ها در رادیوگرافی به خوبی دیده نشد، CT علاوه بر کلسیفیکاسیون، گشادی مجرای پانکراس، آتروفی پانکراس و تجمع مایع و سودوسیت‌ها را نشان می‌دهد.

۳- اگر CTscan هم کمکی نکرد، در مراحل بعد اندوسکوپی سونوگرافی هم می‌تواند مفید باشد.

۶ مرد ۵۲ ساله با اسهال ۸ ماهه و دفع مدفوع چرب،

بد بو و چسبناک مراجعه کرده است. در شرح حال بیمار مصرف الکل را ذکر می‌کند. کدام تشخیص محتمل‌تر است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۳ - قطب اهواز)

الف مصرف ملین

ب هیپر تیروئیدی

ج پانکراتیت مزمن

د بیماری التهابی روده

۷ فردی به دلیل شکم دردهای متناوب که به

تازگی دچار افزایش قند خون ناشتا و تست تحمل گلوکز غیرطبیعی گردیده است. با سابقه اسهال هر از گاهی که مشخصات مدفوع چرب را داشته است جهت بررسی مراجعه نموده است. اولین تست تشخیصی پیشنهادی شما در مورد این بیمار کدام یک از موارد زیر است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴ - قطب شیراز)

الف تست تحریکی سکرین

ب بررسی میزان چربی مدفوع

ج عکس ساده شکم

د آمیلاز سرم

سؤال	۶	۷	
پاسخ	ج	ج	

۴- تست تحریکی با سکرترین حساس‌ترین و اختصاصی‌ترین تست تشخیصی پانکراتیت مزمن است ولی به علت گران و سخت بودن انتخاب اول نیست.

پاسخ کیست کاذب پانکراس

تجمع بدون کپسول و بدون پوشش اپیتلیالی شیرهای پانکراس اطراف آن که حداقل ۴ هفته پس از حمله‌ی پانکراتیت حاد ایجاد شده باشد، کیست کاذب پانکراس نامیده می‌شود.

کیست‌های بدون علامت و به ویژه کیست‌هایی که اندازه‌ای کمتر از ۶ cm دارند رو فقط تحت نظر می‌گیریم چون اکثراً خودبه‌خود برطرف می‌شوند. ولی در موارد علامت‌دار باید به فکر تخلیه‌ی کیست با جراحی یا درناژ کیست باشیم.

۸ در سونوگرافی بیمار ۴۵ ساله الکلی که به دنبال پانکراتیت حاد طی چند هفته قبل مراجعه کرده و بدون علامت است. کیست به قطر ۵۰٪۵۰ میلی متر گزارش شده، آمیلاز سرم ۳۲۰ و همه آزمایش‌ها نرمال است. اقدام بعدی شما چیست؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴ - قطب زنجان)

الف پیگیری بیمار

ب درناژ کیست به کمک آندوسونوگرافی

ج درناژ کیست به کمک CT اسکن

د معرفی به جراح برای عمل جراحی

پاسخ که ریسک فاکتورهای سرطان پانکراس:

۱- سیگار (مهمترین ریسک فاکتور)

۲- تنبلی و فعالیت فیزیکی کم

۳- دیابت طولانی مدت

۴- چاقی

لله برخلاف تصور خیلی‌ها بین سرطان پانکراس با بیماری کیسه صفرا و مصرف قهوه و الکل هنوز ارتباطی شناخته نشده است. همین‌طور این سرطان در میان مردان، سیاه پوستان و در دهه‌ی هفتم زندگی شایعتر است.

۹ کدام یک از موارد زیر جزء عوامل خطر قطعی سرطان پانکراس، محسوب می‌شود؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۴ - قطب مازندران)

الف الکل

ب سیگار

ج قهوه

د هلیکوباکتر پیلوری

👁 واسه آفرین بار پرو سر وقت تست تمرینی.

پیزه‌هایی هست که درمان نمی‌شود و سال‌ها فواید گذشت اما هرگز درمان نفوایم شد!

شاید دوباره پراغی روی میز داشته باشیم و گلدانی گل و عکس‌های عزیزانمان را...

اما دیگر این پیزه‌ها را باور نداریم، چون یک بار میبورد به ترکشان شده‌ایم.

ناتالیا گیتزبورگ؛ ففیلدت‌های ناپیز

سؤال	۸	۹		
پاسخ	الف	ب		